



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Laura Kuutti

MASENNUSTA SAIRASTAVIEN IÄK-
KÄIDEN POTILAIKEN KOKEMUKSIA
KOTIUTUMISESTA PSYKIATRISESTA
ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA
AVOHOITOON

Sosiaali- ja terveysala
2015

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Laura Kuutti
Opinnäytetyön nimi	Masennusta sairastavien iäkkäiden potilaiden kokemuksia kotiutumisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	62 + 5 liitettä
Ohjaaja	Ritva Alaniemi

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää iäkkäiden masennuspotilaiden kokemien kotiutumisprosessien heikkouksia ja vahvuuksia potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, millaisia tietoja ja ohjeita iäkkäät masennuspotilaat tarvitsevat siirtyessään psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja ymmärrystä iäkkäiden potilaiden tarpeita kohtaan. Näin ollen hoitotyötä voidaan kehittää ja sen laatua parantaa. Mikäli tulevaisuudessa tutkimustuloksia hyödynnetään ja iäkkäiden potilaiden tarpeet otetaan entistä enemmän huomioon, voi ikäihmisten kotona selviytymisaika pidentyä ja pysyvän laitoshoidon tarve viivästyä. Näillä toimilla voidaan tukea ikäihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua sekä tuoda yhteiskunnalle säästöjä.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään psykiatrista hoitoa, masennusta sekä ikääntymisen tuomia muutoksia. Tutkimus on kvalitatiivinen ja sen aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia. Kyselylomake sisälsi myös strukturoituja kysymyksiä, joiden sisältö analysoitiin manuaalisesti. Kyselyyn vastasi kuusi iäkästä masennuspotilasta, jotka olivat kotiutumassa psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoidon piiriin.

Tutkimus toi esiin tarpeen kehittää masennusta sairastavien ikääntyneiden kotiutumisprosessia. Kehittämistarpeet liittyvät kotiutumisen suunnitteluun sekä potilaiden ohjaukseen ja tiedonsaantiin. Potilaille tulisi järjestää entistä enemmän kotiutumispalavereita, joihin osallistuisi potilaan lisäksi myös tämän omaiset. Potilaat tarvitsevat entistä enemmän tietoa sairaudestaan, lääkityksestään sekä siitä, miten tulisi toimia, mikäli kotona selviytyminen tuntuu vaikealta. Lisäksi potilaat olisivat toivoneet psykiatristen sairauksien lisäksi tietoa somaattisista ongelmistaan.

ABSTRACT

Author	Laura Kuutti
Title	The Experiences of Elderly Persons with Depression on Discharge from Specialized Psychiatric Care to Outpatient Care
Year	2015
Language	Finnish
Pages	62 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Ritva Alaniemi

The purpose of the research was to find out what the strengths and weaknesses in patient discharge are from the elderly depressed patients' point of view. The aim of the research was to increase awareness of the nursing staff about what kind of information and instructions elderly patients with depression need when they are discharged from specialized psychiatric care to outpatient care. The aim was to increase the nursing staff's knowledge and understanding of the needs of the elderly patients. Thus nursing can be developed and the quality of nursing can be improved. If the results of this research are used in the future and the elderly patients' needs are taken more into account, the period of time elderly people manage at home can be lengthened and the need for permanent institutionalized care can be delayed. These actions can support the wellbeing and quality of life of elderly people and bring savings.

The theoretical framework deals with psychiatric care, depression and the changes related to ageing. The study is qualitative and the material was collected with a questionnaire. The material was analyzed using inductive content analysis. The questionnaire also included structured questions which were analyzed manually. The questionnaire was answered by six elderly patients with depression who were discharged from specialized psychiatric care to outpatient care.

This research showed that there is a need to develop the patient discharge of elderly people with depression. The development needs related to the planning of the patient discharge and the patient guidance and information flow. Patients should be organized more meetings where the patient discharge is planned. The meetings should be participated by both the patients and their relatives. The patients need more information about their disease, medication, and how patient should act if coping at home seems difficult. In addition, the patients would also have wanted to have information also about their somatic problems.

Keywords	Elderly, depression, patient discharge, psychiatric care, outpatient care
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	KOTIUTUMINEN PSYKIATRISESTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA AVOHOITOON.....	9
2.1	Psykiatrinen hoito	9
2.1.1	Avohoito.....	10
2.1.2	Sairaalahoito.....	12
2.2	Kotiutus.....	13
2.3	Kokemuksia kotiutumisprosessista.....	14
3	IKÄÄNTYNEIDEN MASENNUS	17
3.1	Sairastuminen ja oireet.....	17
3.2	Diagnosointi.....	19
3.3	Hoito ja ennuste	20
4	IKÄÄNTYMINEN.....	25
4.1	Fysiologiset ikääntymismuutokset.....	25
4.2	Kognitiiviset ikääntymismuutokset	26
4.3	Psyykkiset ikääntymismuutokset	27
4.4	Sosiaaliset ikääntymismuutokset	28
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	30
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	31
6.2	Aineiston keruu.....	32
6.3	Aineiston analysointi	33
6.4	Tutkimusetiikka	34
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	35
7.1	Hoitojakso	36
7.2	Kotiutumisjärjestelyt.....	37
7.3	Tiedonsaanti hoitojakson aikana.....	41
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	44
9	POHDINTA.....	45

9.1	Oppimisprosessi.....	45
9.2	Tutkimustulokset.....	46
9.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	51
9.4	Jatkotutkimusaiheet.....	55
LÄHTEET		57
LIITTEET		

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	Erikoissairaanhoidoon pääsyä odottavat potilaat.	s. 10
Kuvio 2.	Tutkimukseen vastanneiden sukupuoli.	s. 35
Kuvio 3.	Tutkimukseen vastanneiden äidinkieli.	s. 36
Taulukko 1.	Yhteenveto iäkkäiden masennustilojen hoidon periaatteista.	s. 24
Taulukko 2.	Tutkimukseen vastanneiden hoitojakson pituus.	s. 37
Taulukko 3.	Potilaille järjestetyt kotilomat hoitojakson aikana.	s. 38
Taulukko 4.	Hoitojakson aikana järjestetyt kotiutumispalaverit ja hoitokokoukset, joihin on potilaan lisäksi osallistunut tämän omaiset.	s. 38
Taulukko 5.	Kotona selviytymistä tukevat toimenpiteet, joita hoitojakson aikana on järjestetty.	s. 39
Taulukko 6.	Potilaiden tietämys siitä, miten tulee toimia mikäli kotona selviytyminen tuntuu vaikealta.	s. 40
Taulukko 7.	Potilaiden tunne kotiutumisvalmiudesta.	s. 40
Taulukko 8.	Potilaiden mielipide hoitojakson aikana saadusta informaatiosta sairauteen liittyen.	s. 42
Taulukko 9.	Potilaiden mielipide hoitojakson aikana saadusta informaatiosta lääkitykseen liittyen.	s. 43

LIITELUETTELO

LIITE 1. Kyselylomakkeen saatekirje suomeksi

LIITE 2. Kyselylomakkeen saatekirje ruotsiksi

LIITE 3. Opinnäytetyön kyselylomake suomeksi

LIITE 4. Opinnäytetyön kyselylomake ruotsiksi

LIITE 5. Analyysitaulukko

1 JOHDANTO

Suurten ikäluokkien vanhenemisen johdosta ikääntyneiden määrä Suomessa on lisääntymässä merkittävästi. Suurilla ikäluokilla tarkoitetaan vuosina 1946-1950 eli sodan jälkeisinä hedelmällisinä vuosina syntyneitä kansalaisia. (Nieminen 2004.) Tilastokeskuksen ennusteiden mukaan vuonna 2030 Suomessa elää 1 400 000 yli 65-vuotiaista, joista yli puolet on yli 75-vuotiaita (Huttunen 2008).

Masennus on Suomessa luokiteltu kansantaudiksi, johon sairastuu jopa joka viides suomalainen jossain elämänvaiheessa. Vuosittain masennuksen sairastaa 200 000 suomalaista. Masennukseen liittyviä itsemurhia tapahtuu Suomessa vuosittain 600-700. Ongelma on myös yhteiskunnallinen, sillä masennus on noussut merkittäväksi työkyvyttömyyseläkkeen aiheuttajaksi. Vuosittain noin 5 000 suomalaista jää ennen aikaisesti eläkkeelle masennuksen vuoksi. (Niskanen 2014.) Ikääntyneistä jopa 30 % arvioidaan masentuneiksi (Virtanen 2014). Tilastokeskuksen (2013) peruskuolemansyytaulukosta selviää, että vuonna 2012 Suomessa yli 65-vuotiaista 162 menehtyi itsemurhaan. Tämä tarkoittaa sitä, että noin joka toinen päivä yksi ikäihminen päätyy itsemurhaan.

Aiheen opinnäytetyön tekijä sai työnsä Vaasan keskussairaalan internetsivuilta. Alkuperäinen aihe koski somatiikkaa, mutta työn tekijä räätälöi aiheen vastaamaan omia kiinnostuksen kohteitaan. Työn tekijä otti yhteyttä Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian yksikön ylihoitajaan, joka kiinnostui työn aiheesta ja koki sen tärkeäksi. Tutkimus toteutettiin Huutoniemen sairaalan psykogeriatrian osastolla. Työ käsittelee iäkkäiden masennuspotilaiden kokemia kotiutumisprosessin vaikeuuksia ja heikkouksia potilaiden näkökulmasta. Potilasnäkökulma tuo työhön henkilökohtaisen sävyn, jonka avulla voidaan lisätä hoitohenkilökunnan ymmärrystä iäkkäiden potilaiden tarpeita kohtaan.

2 KOTIUTUMINEN PSYKIATRISESTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA AVOHOITOON

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, jonka tehtävänä on tutkia ja hoitaa mielen-
terveyden häiriöitä, niiden oireita, syitä, kehitystä, hoitoa sekä ennaltaehkäisyä.
Mielenterveyden häiriöitä voidaan tarkastella biologisesta, psykodynaamisesta ja
sosiaalipsykiatrisesta näkökulmasta. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 12.)

2.1 Psykiatrinen hoito

Tässä tutkimuksessa psykiatrisella hoidolla tarkoitetaan psyykkisistä ongelmista
kärsivien potilaiden hoitoa joko psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai peruster-
veydenhuollossa.

Erikoissairaanhoitolain mukaan jokaisen kunnan on huolehdittava, että kunnan
asukkaat saavat tarvitsemansa erikoissairaanhoidon. Tämän vuoksi Suomessa jo-
kaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään, joka tar-
joaa erikoissairaanhoidon palveluita. (L1.12.1989/1062.) Sairaanhoitopiiriin kun-
tayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten on järjestettävä mielen-
terveyspalvelut yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja tarjoavien
kuntayhtymien kanssa siten, että mielenterveyspalveluista muodostuu toimiva ko-
konaisuus. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että erikoissairaanhoidon ja avohoi-
don on tehtävä yhteistyötä siten, että kuntalaisille saadaan järjestettyä toimivat
mielenterveyspalvelut. Mielenterveyslaki korostaa potilaan oma-aloitteista hoi-
toon hakeutumista sekä mahdollisimman itsenäistä suoriutumista.
(L14.12.1990/1116.) Henkilö voi hakeutua perusterveydenhuollossa esimerkiksi
terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, joka arvioi avun tarpeen ja ohjaa henkilön
tarkoituksenmukaisen hoidon piiriin (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schu-
bert 2010, 179-180).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilaston (2014) mukaan Suomessa elokuun
lopussa vuonna 2014 psykiatriseen erikoissairaanhoitoon pääsyä odotti 1 077 poti-
lasta. Psykogeriatriseen hoitoon pääsyä odotti 32 potilasta. Koko maassa erikois-
sairaanhoitoon pääsyä odotti kaikista erikoisaloista noin 113 000 potilasta. Tästä

luvusta psykiatristen potilaiden osuus on noin 1 % ja psykogeriatrinen potilaiden osuus noin 0,03 %. Luvuista ja kuviosta 1 voidaan päätellä, että psykiatrisilla potilailla hoitoon pääsy käy nopeammin kuin useilla somatiikan erikoisaloilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014 a; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014 b.)



Kuvio 1. Erikoissairaanhoidon pääsyä odottavat potilaat (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014 b).

Kaikista mielenterveysongelmista kärsivistä vain viidesosa on riittävässä psykiatrisessa hoidossa ja yli puolet on ilman minkäänlaista hoitoa (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2011, 630).

2.1.1 Avohoito

Psykiatrisella avohoidolla tarkoitetaan erilaisissa mielenterveystoimistoissa, poliklinikoilla, päiväosastoilla, päivätoimintakeskuksissa, erilaisissa pienkodeissa ja asuntoloissa järjestettävää hoitoa. Hoitomuotoina voidaan käyttää esimerkiksi keskusteluja, kriisinhoitoa, ryhmätoimintoja sekä erilaisia terapiamuotoja kuten yksilö-, pari-, perhe- ja ryhmäterapiaa. (Punkanen 2001, 23-24.)

Mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalvelut, kuten masennuksen hoito, tulee aina järjestää ensisijaisesti avohoidon palveluina (L14.12.1990/1116). Mielenterveysongelmista kärsivän ensisijainen hoitopaikka tulisi olla perusterveydenhuollon peruspalveluissa ja tarpeen mukaan perusterveydenhuollon erityispalveluissa sekä erikoissairaanhoidon järjestämässä avohoidossa. Palveluita on saatavilla julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin terveystaluiden kautta. (Kuhanen ym. 2010, 180.) Kansainvälisissä tutkimuksissa masennuksen hoidosta avohoidossa on saatu hyviä tuloksia. Iäkkäillä masennuspotilailla, joita hoidettiin kotona, todettiin vähemmän masennusoireita, parempi toimintakyky sekä he kokivat elämänlaadunsa paremmaksi kuin laitoshoidossa hoidettavat. Tutkituilla esiintyi vähemmän hoitokodeissa. Lisäksi hoidon kustannuksen pienenevät. Tutkimuksen mukaan avohoito on vaikuttava ja kustannustehokas hoitomuoto iäkkäille masennuspotilaille. (Klug, Hermann, Fuchs-Nieder, Panzer, Haider-Stipacek, Zapotoczky & Priebe 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2012, 43, 47) mukaan peruspalveluiden painottaminen on välttämätöntä mielen-terveysongelmien yleisyyden ja niiden kansanterveydellisten vaikutusten vuoksi. Avohoidon painottaminen puolestaan on tärkeää hoidollisista, inhimillisistä ja taloudellisista seikoista. Avohoidon painottamisen tavoitteita ovat kotona asuvien mielenterveyskuntoutujien omatoimisuuden tukeminen sekä palveluiden tuominen lähemmäs niitä tarvitsevia ihmisiä (Pietilä & Saarenheimo 2011, 166). Monipuolisten avohoidon palveluiden on todettu tuottavan enemmän hyvinvointia sairaalahoitoon verrattuna. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on vahvistamalla ja monipuolistamalla avohoidon mielenterveyspalveluita vähentää psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 43, 47.)

Tutkimusten mukaan tehokkaalla avohoidolla voidaan vähentää potilaiden paluuta sairaalahoitoon kotiutumisen jälkeen. Lisäksi potilaan kotiutuminen pitkäaikaisesta sairaalahoidosta on helpompaa avohoidon palveluiden tuella. Avohoitomyönteisyys ja hoidon jatkuvuus on todennäköisempää, mikäli kontakti avohoittoon on ollut potilaan ensimmäinen hoitotaho. Monipuolisten avohoitopalveluiden

ja avohoitopainotteisuuden oletetaan Suomessa olevan syy vähentyneeseen itsemurhakuolleisuuteen. Avohoidon huonoiksi puoliksi mainitaan palvelujen saatavuuden vaihtelu eri alueilla, psykoterapeuttisten hoitojen puutteellisuudet sekä vaikeista psyykkisistä häiriöistä kärsiville kohdennettujen palveluiden puutteet. (Korkeila 2009.) Tulevaisuudessa avohoittoa tullaan painottamaan entistä enemmän, mikä tarkoittaa avohoidossa hoidettavan entistä iäkkäämpiä ja toimintakyvyltään heikompia henkilöitä (Koponen 2003).

2.1.2 Sairaalahoito

Muiden mielenterveyspalveluiden ollessa riittämättömiä tai sopimattomia psyykkisesti sairaan hoidontarpeessa olevan henkilön hoitoon, voidaan henkilö määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon hänen tahdostaan riippumatta. Potilas voi päätyä psykiatriseen sairaalahoitoon esimerkiksi terveyskeskuksen, mielenterveystoimiston tai psykiatrian poliklinikan lääkärin laatimalla tarkkailulähetteellä, jossa potilaan arvioidaan oireidensa vuoksi tarvitsevan sairaalahoitoa. Potilaan sairaalahoitoon ottamisesta päättää osaston lääkäri tai päivystävä lääkäri. Neljän päivän kuluessa tarkkailuun saapumisesta tehdään päätös potilaan hoidontarpeesta tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairauskertomuksen perusteella. Hoitoon määrittämisestä vastaa osaston ylilääkäri. (Kuhanen ym. 2010, 181-183; L 14.12.1990/1116.)

Psykiatriset sairaalat tukevat avohoidon palveluita, mikä käytännössä tarkoittaa sitä, että potilaat ovat sairaalahoidossa vain sairauden tai kuntoutuksen vaatiman välttämättömimmän ajan (Punkanen 2001, 27). Syitä psykiatriseen sairaalahoitoon hakeutumiseen tai tahdonvastaiseen hoitoon ovat esimerkiksi erilaiset deliriumtilat, skitsofrenian eri muodot, elimelliset ja muut harhaluuloisuustilat, vakavat masennustilat, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, erilaiset psykoosit sekä dementian vaikea-asteiset ilmenemismuodot (Moring 2014).

Sairalahoidossa painotetaan sairauteen liittyvien tunteiden ja ajatusten käsittelyä sekä sairauteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa. Potilasta kannustetaan osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Osastoilla on käytössä selkeä päivä- ja viikko-ohjelma sekä yhteiset sopimukset ja rajoitukset, joiden on tarkoi-

tus tukea potilaan toipumista. Potilaan hoitoon kuuluu myös päivittäistoiminnoissa tukeminen, vuorovaikutus ja läsnäolo, lääkehoidon toteutus ja seuranta sekä somaattisten sairauksien seuranta ja hoito. (Kuhanen ym. 2010, 182.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2012, 47) mukaan vuonna 2015 tarvitaan enää 3 000 sairaansijaa psykiatrisissa sairaaloissa entisen 4 600 sijaan, johtuen avomuotoisten mielenterveyspalveluiden kehittämisestä ja monipuolistamisesta. Lisäksi tavoitteena on siirtää kaikki psykiatriset sairaalaosastot vähitellen yleissairaaloiden yhteyteen. Näin ollen hoidosta tulisi vähemmän laitostavaa ja leimaavaa sekä potilaiden somaattiset sairaudet voitaisiin paremmin ottaa huomioon tutkimuksissa ja hoidossa.

2.2 Kotiutus

Tässä tutkimuksessa kotiutumisella tarkoitetaan psykiatrisesta laitoshoidosta avohoidon piiriin kotiutumista. Kotiutumisen edellytyksenä on potilaan voimavarojen ja toimintakyvyn perusteellinen arviointi (Malmber 2010, 16). Kotiutuminen tulee ajankohtaiseksi, kun potilas ei ole enää erikoissairaanhoidon tarpeessa.

Kotiuttaminen on moniammatillinen prosessi, johon osallistuu eri tahoja ja ammattialan edustajia sekä sairaalan sisältä että ulkopuolelta. Lämsän analyysin (2013) mukaan kotiutumiskriteerit voidaan jakaa neljään eri kategoriaan: lääketieteelliseen, hallinnolliseen sekä elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn liittyviin luokkiin. Lääketieteellisin perustein potilas voi kotiutua sairauden parannuttua. Kotiutettava potilas on kuitenkin todennäköisesti iäkäs, monisairas ja huonokuntoinen. Tällöin oleellisiksi seikoiksi nousevat esimerkiksi heikentynyt toimintakyky, kotona selviytyminen, mahdollinen jatkohoitopaikka sekä tarvittava kotiapu. Hallinnollisesta näkökulmasta potilaat tulisi kotiuttaa mahdollisimman nopeasti, sillä lyhentyneiden hoitoaikojen seurauksena potilaskohtaisia kustannuksia pyritään vähentämään ja samalla vapauttamaan paikkoja uusille potilaille. Potilaan toimintakykyä tarkastellessa arvioidaan potilaan kykyä selviytyä arjesta. Toimintakykyä uhkaavia seikkoja voivat olla esimerkiksi muistamattomuus, heikentynyt kyky hankkia ja valmistaa ruokaa sekä heikko fyysinen toimintakyky. Potilaan elämäntilanne voi olla kotiutumista uhkaava, mikäli potilaalla ei ole sosiaalisia

kontakteja, hän on yksinäinen, käyttää runsaasti päihteitä tai hänen kotinsa ei ole asumiskelpoinen. (Lämsä 2013, 105-111.)

Kotiutumiskeskusteluiden tavoitteena on löytää yhteisymmärrys eri ammattiryhmien edustajien välillä koskien potilaan kotiutumisajankohtaa ja -paikkaa. Onnistunut kotiuttaminen vaatii yleensä yhteistyötä eri tahojen, kuten potilaan, omaisten, jatkohoitopaikan sekä erilaisten avohoidon piiriin kuuluvien organisaatioiden kanssa. Kotiutumisen on todettu onnistuvan todennäköisimmin, mikäli kotiutumisesta aletaan suunnittelemaan jo potilaan saapuessa sairaalahoitoon. Epäonnistunut kotiutuminen johtaa yleensä ”pyöröovisyndroomaan” eli potilaiden palautumiseen sairaalaan. (Lämsä 2013, 105-111.) Potilaiden siirtymistä erikoissairaanhoidosta avohoidon piiriin pyritään helpottamaan huolellisella hoidon suunnittelulla. Esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiiri pyrkii helpottamaan ikäihmisten kotiutuksia sekä ennaltaehkäisemään laitostumista ottamalla ikäihmiset ja heidän omaisensa entistä enemmän mukaan hoidon ja kotiutumisen suunnitteluun. (Forsén 2013.) Perhekeskeisyys onkin yksi ajankohtaisista trendeistä mielenterveyshoitotyössä tällä hetkellä. Tämän mukaan hoitohenkilökunnan tulisi rohkaista potilaan omaisia osallistumaan hoidon ja kotiutumisen suunnitteluun. (Kuhanen ym. 2013, 97.)

2.3 Kokemuksia kotiutumisprosessista

Malmbergin (2010, 29-33) tutkimuksessa todetaan, että potilaiden mielestä tärkeintä kotiutumisessa ovat selkeät jatkohoito-ohjeet sekä hoitohenkilökunnan riittävä tietotaso. Hoitohenkilökunnan on osattava selventää potilaille heille suunniteltua jatkohoittoa ja myös mahdollista jatkohoitopaikkaa on osattava informoida potilaan tilanteesta. Tutkimuksessa potilaat arvostivat henkilökunnan heidän hoitoonsa käyttämää aikaa. Tärkeäksi asiaksi nousi myös potilaiden tunne hyvästä terveydentilasta kotiutumishetkellä.

Latvamäen (2006) tutkimuksessa todetaan, että lähes puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista kärsi masennuksesta sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Ikääntyneet tunnistavat masennuksen oireiksi muun muassa surullisuuden, väsymyksen, unihäiriöt, elämänilon puuttumisen sekä yleisen haluttomuuden. Kuitenkin tutki-

mustulosten mukaan iäkkäiden on hankala tunnistaa tai tunnustaa masennusoireita itsestään. Ikääntyneet pitävät masennusoireita osana normaalia vanhenemista. Tämä saattaa vaikeuttaa masentuneen henkilön tunnistamista terveydenhuollon piirissä. Haastateltavien mukaan terveydenhuollon työntekijöillä ei ole mahdollisuuksia auttaa masentunutta, minkä vuoksi masennusoireita ei oteta vastaanotoilla puheeksi. (Impilä 2010.) Alakuloisuuden on todettu olevan tärkeä alentunutta toimintakykyä selittävä tekijä ikäihmisillä (Ahlqvist 2013). Masennuksen lisäksi suuri osa Latvamäen (2006) tutkimukseen osallistujista koki väsymystä, yksinäisyyttä sekä tunsu itsensä tarpeettomaksi. Tutkimuksessa haastateltujen hoitajien mukaan sosiaalinen tuki, henkilön tukeminen ja kiireetön keskustelu tukevat ikäihmisten kotona selviytymistä sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Laakkosen (2013) tutkimuksessa sairaalasta kotiutuneet iäkkäät tiesivät oman lääkityksensä hyvin, lukuun ottamatta lääkkeiden sivuvaikutuksia. Hannukaisen (2008) tutkimuksessa puolestaan todetaan, että kotisairaanhoidon piiriin kuuluvat ikäihmiset tietävät käyttämistään lääkkeistä vähemmän kuin itsenäisesti lääkehoitonsa hoitavat henkilöt. Yleisesti ottaen ikäihmiset osasivat nimetä sairautensa nimeltä sekä osan käyttämistään lääkkeistään. Tutkimukseen osallistuneet olivat saaneet puutteellisesti tietoa, ohjausta ja neuvontaa hoitohenkilökunnalta koskien lääkehoitoa. Ikääntyneet kokivat saavansa lääkepakkausten pakkausselosteista enemmän tietoa kuin hoitoalan ammattilaisilta. Yleisin syy puutteelliseen ohjaukseen ja neuvontaan oli lääkkeiden pitkään jatkunut käyttö, jolloin aikoinaan hoitohenkilökunnalta saatua ohjausta ei enää muistettu. Terveydenhuollon ammattilaisten olisi syytä ottaa tutkimustulokset huomioon lääkkehoidollisessa opastuksessa, esimerkiksi siirryttäessä erikoissairaanhoidosta avohoidon piiriin. Åstedt-Kurjen ja Kaunosen (2010, 257) mukaan potilaan ohjaaminen ja neuvonta ovat hoitotyössä keskeisimpiä osa-alueita. Potilaiden ja heidän omaistensa paranemisen ja arkielämässä selviytymisen kannalta tiedonsaanti on oleellisessa osassa. Potilaalle tulee antaa hänen tilanteen kannalta oleellinen tieto ymmärrettävässä muodossa oikeaan aikaan. Hoitotyöntekijät eivät voi olettaa potilaan tietävän sairaudestaan kaikkea, vaikka hän olisikin sairastanut kyseistä sairautta pitkään. Asianmukaiseen tiedonsaantiin ja potilaan ohjaukseen velvoittaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785), jonka mukaan potilasta on informoitava hänen ter-

veydentilaansa ja hoitoonsa liittyvistä seikoista. Näitä ovat esimerkiksi hoidon merkitys ja eri hoitovaihtoehdot. Terveystieteiden ammattilaisen, kuten esimerkiksi sairaanhoitajan, tulee antaa selvitys siten, että potilas ymmärtää sen sisällön.

Laakkosen (2013) tutkimuksesta käy ilmi, että sairaalassa potilailta kysytään hyvin vähän heidän kotioloistaan. Kotiutujille tarjotaan kotihoidon tukipalveluja, mutta tutkimukseen vastanneet kotiutujat olisivat tarvinneet palveluja hieman jättäen enemmän. Lisäksi osa vastaajista olisi oman arvionsa mukaan tarvinnut hoitajan kotikäyntejä kotiutumisen jälkeen. Apuvälineitä kotiutujat saivat käyttöönsä hyvin. Kotiutujat olivat saaneet heikosti ohjausta liittyen siihen, mitä tehdä jos kotiutumisen jälkeen ilmenee ongelmia arjessa selviytymisessä. Muutoin tutkimukseen vastanneet olivat tyytyväisiä sairaalassa saamaansa ohjaukseen. Kotiutujat olivat mielestään keskustelleet kotiutumiseen liittyvistä seikoista tarpeeksi lääkärin kanssa, mutta liian vähän hoitajien kanssa. Potilaat olivat saaneet vaikuttaa kotiutumisprosessin suunnitteluun ja toteutukseen melko hyvin. Vaikutusmahdollisuuksiin vaikutti esimerkiksi hoitojakson pituus ja sairaalahoidon syy. Suurimmalla osalla vastaajista kotiutumiseen liittyvät tunteet olivat positiivisia kotiutuspäivänä.

3 IKÄÄNTYNEIDEN MASENNUS

Masennus eli depressio on psyykkinen sairaus, jonka määritelmä on vähintään kahden viikon ajan jatkunut masentunut mieliala, johon samanaikaisesti voi liittyä esimerkiksi mielenkiinnon menetys, uupumus, itsetunnon heikkeneminen, kohtuuton itsekritiikki sekä itsetuhoiset ajatukset tai itsetuhoisen käyttäytyminen (Kivelä 2009, 65).

Erilaisia masennustiloja voidaan pitää ikääntyneiden yleisimpänä mielenterveyden häiriönä, mikäli otetaan huomioon kaikki ikääntyneillä esiintyvät masennuksen muodot. Eri arviot ikäihmisten masennuksesta vaihtelevat 2-3 %:sta 20-30 %:iin. Kotona asuvista ikäihmisistä masentuneiksi arvioidaan keskimäärin 15 % ja laitoshoidossa olevista 20 %. Ikääntyneillä naisilla masennus on yleisempää kuin ikääntyneillä miehillä. (Leinonen & Koponen 2010, 159; Virtanen 2014.) Kansainvälisten arvioiden mukaan masennusta esiintyy Euroopassa 12 %:lla ikääntyneistä (Klug ym. 2010). Heikkisen ja Kauppinen (2008, 71) kuusitoistavuotisen seurannan aikana on havaittu, että lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavien miesten määrä on lähes kaksinkertaistunut. Kansainvälisten arvioiden mukaan jopa yli puolet iäkkäistä masennuspotilaista jää vaille tarkoituksenmukaista hoitoa, vaikka he käyttäisivätkin runsaasti terveystalvveluita (Pietilä & Saarenheimo 2011, 267). Pohjoismaissa masennusta esiintyy eniten Suomessa ja Norjassa (Ferrari, Charlson, Norman, Patten, Freedman, Murray, Vos & Whiteford 2013).

3.1 Sairastuminen ja oireet

Ikääntyneitä ihmisiä masennukselle altistavat muun muassa ruumiilliset ja kognitiiviset ikääntymismuutokset, fyysiset ja psyykkiset sairaudet, ihmissuhteiden ja vuorovaikutussuhteiden muutokset, yhteiskunnan kielteiset asenteet ikääntymistä kohtaan, autonomian menetys ja riippuvuus muiden ihmisten avusta. Lisäksi oleellinen masennukselle altistava tekijä on menetykset, joita ihminen etenkin ikääntyneenä kohtaa. Menetykset voivat liittyä esimerkiksi puolisoon, lapsiin, muihin läheisiin ihmisiin, omaan terveyteen tai kotiin. (Saarenheimo 2012, 43.)

Masennukselta suojaavia tekijöitä ovat luottamukselliset läheissuhteet, sosiaaliset verkostot sekä psykososiaalinen ja konkreettinen tuki ja apu. Lisäksi uskonnollisuus ja luottamus Jumalaan kuuluvat masennukselta suojaaviin tekijöihin. Hyvän ravitsemustilan, somaattisten sairauksien hyvän hoitotasapainon, fyysisen kunnon ylläpitämisen, kuntoutuksen ja aistinelinten häiriöiden hoidon on todettu olevan suojaavia tekijöitä ikääntyneiden keskuudessa masennusta vastaan. Kyky solmia luottamuksellisia ihmissuhteita, sopeutua muutoksiin sekä uusien vaihtoehtojen löytäminen ovat persoonallisia ominaisuuksia, jotka voivat suojata masennukselta. (Kivelä 2009, 109-110.)

Ikääntyneiden masennuksen taustalla on usein somaattiseen terveydentilaan liittyviä tekijöitä. Esimerkiksi dementoivia aivosairauksia sairastavilla potilailla masennusta esiintyy jopa 50-80 %:lla potilaista. Masennustilat voivat liittyä myös sydäninfarktiin ja aivohalvauksen jälkitiloihin, kilpirauhasen vajaatoimintaan sekä Parkinsonin tautiin. Masennusriski iäkkäillä on yhteydessä somaattisten sairauksien vakavuuteen ja sairauksien aiheuttamaan yleisen toimintakyvyn heikkenemiseen. (Leinonen ym. 2010, 159.)

Ikäihmisillä masennuksen oirekuvaa hallitsevat tyypillisesti fyysinen levottomuus, ahdistuneisuus ja tuskaisuus. Lisäksi psykomotorinen kiihtyneisyys ja hidastuneisuus liittyvät olennaisesti ikääntyneiden masennukseen. Mielialan muutokset voivat peittyä liiallisen alkoholinkäytön, ärtyneisyyden, aggressiivisuuden tai hypokondristen oireiden eli neuroottistasoisten harhaluuloisuushäiriöiden alle. Masennukseen liittyy myös monia somaattisia oireita kuten ruokahaluttomuutta, voimattomuutta, väsymystä, epämääräisiä kipuja, painon laskua sekä ruuansulatusongelmia. Tavallisia oireita ovat myös heräily aamuyöstä ja erilaiset harhaluulot, jotka johtuvat kognitiivisista ikääntymismuutoksista. (E-mielenterveys 2014; Hoi-tonetti 2014; Huuhka & Leinonen 2014.) Masennus voi aiheuttaa potilaissa syviäkin häpeän ja syyllisyyden tunteita (Kuhanen ym. 2013, 208). Huomattava ero ikääntyneiden ja nuorempien masennuksen oirekuvassa on muistisairausten oireet, joita esiintyy lähes poikkeuksetta vain iäkkäillä masennuspotilailla. Tyypillisiä oireita ovat samojen kysymysten toistaminen ja muistamattomuus, joka toisinaan on valikoivaa. Masentuneen ulkonäkö saattaa olla epäsiisti. Vaikeasti masentuneet

ikäihmiset saattavat nopeasti menettää fyysisen ja sosiaalisen toimintakykynsä ja ajautua laitoshoitoon. (Leinonen ym. 2010, 159.)

Korkealla iällä puhjenneeseen ja pitkittyneeseen masennukseen liittyy huomattava itsemurhariski, joka voi ilmetä itsetuhoisena käytöksenä (Huttunen 2008; Leinonen ym. 2010, 159). Tilastokeskuksen (2013) peruskuolemansyytaulukosta selviää, että vuonna 2012 Suomessa yli 65-vuotiaista 162 menehtyi itsemurhaan. Tämä tarkoittaa sitä, että noin joka toinen päivä yksi ikäihminen päätyy itsemurhaan. Suomessa ikäihmisten itsemurhakuolleisuus on Pohjoismaissa samaa luokkaa Ruotsin ja Tanskan kanssa. Norjassa ja Islannissa itsemurhakuolleisuus on huomattavasti vähäisempää kuin Suomessa. (Suomen Mielenterveysseura 2015.) Ikääntyneiden itsemurhayritykset onnistuvat huomattavasti useammin kuin nuorten ja työikäisten. Iäkkäistä itsemurhan tehneistä vain hyvin pieni osa on ollut psykiatrisessa hoidossa tai käyttänyt lääkitystä masennukseen. Iäkkäiden itsemurhien ehkäisyn keskeisin ongelma on masennusoireiden ja itsemurhavaaran hankala tunnistettavuus, sillä ikääntyneet eivät tavallisesti tuo esiin itsetuhoisia ajatuksiaan. (Leinonen ym. 2010, 160.) Itsemurhariskiä lisääviä tekijöitä ovat miessukupuoli, aiemmat itsemurhayritykset, läheisen itsemurha, päihdeongelmat, persoonallisuushäiriöt, syvä toivottomuus sekä itsemurhamenetelmän saatavilla olo (Käypä hoito 2014). Itsemurhaan päätyneille ikäihmisille tyypillistä on varman, väkivaltaisen keinon valitseminen itsemurhatavaksi. Lisäksi osa itsemurhista tehdään alkoholin vaikutuksen alaisena. (Karvonen, Hakko, Koponen, Meyer-Rochow & Räsänen 2009.)

3.2 Diagnosointi

Iäkkäiden masennustilat jaetaan kahteen luokkaan sen mukaan, onko henkilö sairastanut masennustiloja ennen 60:tta ikävuotta vai onko ensimmäinen masennustila puhjennut henkilön ollessa yli 60-vuotias. Yli 60 vuoden iässä puhjennut masennustila johtuu tyypillisesti muista sairauksista. (Huttunen 2008.)

Ikääntyneiden masennuksen diagnostiikassa käytetään samoja tautiluokituksen kriteereitä kuin nuoremmillakin potilailla, vaikka iäkkäiden henkilöiden masennus voi poiketa oirekuvaltaan nuorten potilaiden masennuksesta (Leinonen ym. 2010,

159). Diagnosoinnissa käytetään tautiluokitus ICD 10:n lisäksi erilaisia oiremittareita, kuten Hamiltonin depressioasteikkoa, Montgomery-Åsbergin depressioasteikkoa (MADRS), Beckin depressioasteikkoa, DEPS-seulaa tai PHQ-9:ää. Yli 65-vuotiaille on suunniteltu oma geriatrinen depressioasteikko GDS (Geriatric Depression Scale). Lisäksi diagnosoinnissa voidaan käyttää apuna arviota masennustilan aiheuttamasta toimintakyvyn heikkenemisestä. (Käypä hoito 2014.)

Toisinaan masennuksen diagnosoinnissa tarvitaan edellä mainittujen keinojen lisäksi neuroradiologisia- ja fysiologisia tutkimuksia sekä laboratoriotutkimuksia eräiden somaattisten sairauksien poissulkemiseksi. Muistisairauksien erotusdiagnostiikassa aivojen magneettikuvaus tai tietokonetomografia on perustutkimus. (Leinonen ym. 2010, 161.)

3.3 Hoito ja ennuste

Ikäkkäiden masennuksen hoidossa käytetään samoja periaatteita kuin keski-ikäistenkin potilaiden masennuksen hoidossa, mutta hoitoon kuitenkin liittyy useita erityispiirteitä. Ikääntyneiden kohdalla psykiatristen ja somaattisten sairauksien hoidon yhdistäminen korostuu. Lisäksi useiden vuosikymmenten aikaiset elämäkokemukset, ikääntyminen sekä ikääntyneiden asema yhteiskunnassa ja erilaisissa yhteisöissä ovat erityispiirteitä, jotka masennuksen hoidossa tulee ottaa huomioon. (Kivelä 2009, 144; Käypä hoito 2014.)

Puutteellinen hoitoon sitoutuminen on tyypillistä masennuspotilaille. Suomalaisessa 18 kuukauden seurantatutkimuksessa todetaan masennuslääkkeitä käyttävien hoitoon sitoutuminen olevan 65 % ja jopa 30-60 % lopettaa lääkityksen puolen vuoden kuluessa sen aloittamisesta. Heikko hoitoon sitoutuminen altistaa potilaita sairauden ja sairaalajaksojen uusiutumiselle, sairauden kroonistumiseen sekä kasvattaa itsemurhariskiä. Potilaita voidaan tukea hoitoon sitoutumisessa antamalla riittävästi tietoa ja ohjausta liittyen sairauteen ja lääkehoitoon. Masennuspotilailla on tyypillisesti lääkehoitoa koskevia ennakkoluuloja, joihin hoitohenkilökunta voi kuitenkin perusteellisella ohjauksella vaikuttaa. Erityisen tärkeää on keskustella potilaiden kanssa lääkityksen haittavaikutuksista ja niihin kohdistuvista peloista,

sillä näiden seikkojen on todettu heikentävän mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoitoon sitoutumista. (Oksanen 2015.)

Hoidon suunnittelussa keskeistä on masennuksen tunnistaminen ja sen vaikeusasteen arvioiminen. Myös lääkityksen tarve arvioidaan masennuksen vaikeusasteen mukaan. Vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa lääkehoito on ensisijainen hoitomuoto, kun taas lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa lääkehoidon tarve on suositeltavaa, mutta ei välttämätöntä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 265-266, 272.) Iäkkäille sopivia masennuslääkkeitä ovat esimerkiksi sitalopraami, essitalopraami, sertraliini, venlafaksiini ja mirtatsapiini. Lääkehoito aloitetaan mahdollisimman pienillä annoksilla. Lääkeannos on 65-75-vuotiailla yleensä sama tai hieman pienempi kuin keski-ikäisillä. Tätä iäkkäimmille masennuspotilaille määrättävät lääkeannokset ovat noin $\frac{1}{2}$ tai $\frac{1}{3}$ tavanomaisesta aikuisten annostuksesta. Tavallisesti oireet alkavat helpottamaan 6-8 viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta, jonka jälkeen lääkitystä tulisi jatkaa puolen vuoden – vuoden ajan annoksella, jolla hoitovaste on saavutettu. (Leinonen ym. 2010, 161-163; Käypä hoito 2014.)

Tutkimusten mukaan iäkkäät masennuspotilaat toivovat hoidokseen mieluummin yksilöllistä keskustelua kuin lääkehoitoa (Pietilä & Saarenheimo 2011, 168). Kun lääkehoitoon yhdistetään psykoterapia, tulee masennuksen hoidosta huomattavasti tehokkaampaa (Käypä hoito 2014). Psykoterapia tarkoittaa potilaan ja koulutetun psykoterapeutin vuorovaikutussuhteeseen perustuvaa yhteistyöprosessia, jonka tavoitteena on lieventää tai poistaa psyykkisiä häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä. Iäkkäiden masennuksen hoidossa psykoterapia on tukea antavaa ja ongelma-keskeistä, jossa potilaan taakse jäänyttä elämää pyritään tarkastelemaan itse-tuntoa tukemalla. Iäkkäiden psykoterapiassa kiinnitetään huomiota ajankohtaisiin asioihin sekä jäljellä olevaan toimintakykyyn ja sen tukemiseen. Tehokkaita tuloksia on saatu iäkkäiden kognitiivisesta ja interpersonallisesta psykoterapiasta, joissa molemmissa keskitytään toivon ylläpitämiseen. Kognitiivisessa psykoterapiassa potilaan negatiivisia ajatusmalleja pyritään lieventämään ja muuttamaan. Interpersonallisessa psykoterapiassa keskitytään potilaan jäljellä oleviin voimavaroihin ja ihmissuhteisiin. Psykoterapia voidaan yksilöterapian lisäksi suorittaa pa-

ri-, perhe- tai ryhmäterapiana. Lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa psykoterapian on todettu olevan yhtä tehokas oireidenlievittäjä kuin lääkehoidon. (Käypä hoito 2014; Tamminen 2010, 45; Koponen & Leinonen 2011, 605; Leinonen ym. 2010, 163.)

Potilaat kokevat tehokkaaksi masennuksen hoitomuodoksi vertaistuen muiden potilaiden kanssa. Sairastuminen, sairauden aiheuttamat muutokset ja oireet luovat sairastuneelle henkilölle tarpeen tavata ja keskustella muiden samassa tilanteessa olevien henkilöiden kanssa. Vertaisina voivat toimia myös eri sairautta sairastavat. Potilaat kokevat vertaistuen niin merkitykselliseksi, etteivät hoitoalan ammattilaiset kykene tukemaan potilasta vastaavalla tavalla. Tutkimuksissa on todettu vertaistuellalla olevan terveyttä ja hyvinvointia lisääviä vaikutuksia. Sen on todettu vähentävän masennukseen liittyvää ahdistusta ja eristäytyneisyyden tunnetta. Vertaistuen on todettu myös lisäävän sairastuneen tietoa ja ymmärrystä omaa sairautaan kohtaan. Vertaistuki tukee myös potilaan kokemusta osallisuudesta omaan hoitoonsa ja näin ollen edistää potilaan sitoutumista omaan hoitoaan kohtaan. (Laitila 2010, 139-140; Mikkonen 2009; Kettunen & Peränen 2012, 5.)

Erityisesti iäkkäille sopiva masennuksen hoitomuoto on sähköhoito, jossa aivoihin johdetaan sähköä anestesian aikana. Tehokkaimpana hoitomuotona sähköhoitoa pidetään potilailla, jotka kärsivät masennukseen liittyvistä harhaluuloista, hallitsemattomasta itsemurhavaarasta sekä heille, jotka tarvitsevat nopean hoitovasteen. Vaikeista hoitoresistenteistä masennuksista kärsivistä potilaista 50-60 % ja psykoottisesta masennuksesta kärsivistä potilaista jopa 95 % hyötyy sähköhoidosta. Sähköhoitoa voidaan jatkaa myös ylläpitohoitona, sillä sen on todettu vähentävän masennuksen uusiutumista sekä sairaalajaksoja iäkkäillä masennuspotilailla. (Isometsä & Koponen 2014; Leinonen 2011, 605; Huuhka ym. 2011.)

Nykyään masennuksen hoidossa voidaan käyttää myös erilaisia neurostimulaatiohoitoja, kuten magneettistimulaatiota eli TMS-hoitoa. Parhaisiin tuloksiin päästään, kun magneettistimulaatiota annetaan vasemman etuotsalohkon alueelle sarjahoitona. Tyypillisesti hoitoa annetaan 20-40 minuuttia kerrallaan, viitenä päivänä viikossa, useiden viikkojen ajan. Tutkimusten mukaan TMS-hoito kuitenkin on

tehokkainta niillä henkilöillä, jotka ovat nuoria ja joiden masennukseen ei liity psykoottisia oireita. Muita masennuksen hoitoon sopivia neurostimulaatiohoitoja ovat magneettikonvulsiohoito, vagushermostimulaatio ja syväaivostimulaatio. (Leppämäki 2012; Gershon, Dannon & Grunhaus 2003.)

Masennuksen hoidon keskeisiä haasteita ovat lääkehoidon ja psykoterapeuttisten hoitomuotojen hidas vaste, joka yleensä ilmenee viikkojen tai kuukausien kulussa. Näiden tueksi voidaan kokeilla aikabiologisia hoitoja, jotka perustuvat elimistön biologisten kellojen ohjaamiseen. Kirkasvalohoito ja sarastusvalohoito ovat masennuksen hoidossa käytettäviä valohoitoja, jotka perustuvat biologisiin rytmeihin. Kaamosmasennuksen hoidossa valohoitojen on todettu olevan tehokkaita hoitomuotoja ja kirkasvalohoito onkin kaamosmasennuksen käypä hoito. Lisäksi elimistön biologisia kelloja voidaan ohjata uni-valverytmin kuuden tunnin aikaisamisella sekä unideprivaatiolla, jossa yhtäjaksoisen valveillaolon tulisi kestää noin 36 tuntia. Näitä aikabiologisia hoitoja voitaisiin psykiatriassa käyttää masennuksen hoidossa, mutta niiden kliininen näyttö ei ole Suomessa vakiintunutta. (Käypä hoito 2014; Urrila & Partonen 2014, 1421-1426.) Taulukossa 1 on esitelty yhteenveto iäkkäiden masennuksen hoidon periaatteista.

Jopa 7-30 % iäkkäiden masennuksen kulusta on hoidoista riippumatta pitkäaikainen (Leinonen ym. 2010, 163). Pitkäaikaisessa masennuksessa, eli dystymiassa, masennusoireet ovat lieväasteisia, mutta pitkittyneitä. Tällöin masennusoireita esiintyy lähes yhtäjaksoisesti vähintään kahden vuoden ajan. (Huttunen 2014.) Arvioiden mukaan 10 % iäkkäiden masennuksista kroonistuu. Ennuste huononee, mikäli masennustila on vaikea, pitkäaikainen tai mikäli masennus liittyy elimellisiin sairauksiin. Seurantatutkimusten mukaan ainakin 40 % iäkkäiden masennusjaksoista uusiutuu. Masennuksen uusiutumista ennustavat aiempien masennusjaksojen määrä, vaikeus ja korjaantumisaste. (Leinonen ym. 2010, 163.)

Taulukko 1. Yhteenveto iäkkäiden masennustilojen hoidon periaatteista (Kivelä 2009, 146).

- 1 Tukea antava psykoterapia tai muu psykoterapeuttinen, psykologinen tai psykososiaalinen terapia/tukeminen
- 2 Erilaiset ryhmäterapiat ja –toiminnot
- 3 Perheaseman vahvistaminen, perheterapia
- 4 Masennuslääkitys
- 5 Fyysisen kunnon ylläpito, liikunta
- 6 Ravitsemuksen turvaaminen
- 7 Somaattisten sairauksien hoito ja asianmukainen lääkitys
- 8 Sosiaalinen osallistuminen ja erilaisten roolien tukeminen
- 9 Ulkonäöstä ja pukeutumisesta huolehtiminen
- 10 Läheisyyden tunteiden turvaaminen
- 11 Sosiaaliturvasta ja oikeudellisesta asemasta huolehtiminen
- 12 Omaisten ohjaus, neuvonta ja tukeminen
- 13 Masennuspotilaiden neuvonta ja ohjaus itsehoitoon ja itsehoidossa tukeminen
- 14 Kirkasvalohoito
- 15 Sähköshokkihoito (ECT)
- 16 Paranemisen seuranta

4 IKÄÄNTYMINEN

Kivelän esittämän ikäjaottelun mukaan 65-75 -vuotiaat ovat ikääntyviä, 75-85 -vuotiaat ovat iäkkäitä ja 85 vuotta täyttäneistä voidaan käyttää termiä vanha. Yli 90-vuotiaat puolestaan ovat tämän teorian mukaan vanhuksia. (Raitanen 2013.) Myös tilastollisten määritelmien mukaan Suomessa yli 65-vuotiaat luokitellaan ikääntyviksi. Määritelmä perustuu siihen, että Suomessa yleinen eläkeikä alkaa 65-vuotiaana. (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2014.)

Sana ”vanhus” koetaan usein nuoruutta palvovassa yhteiskunnassamme kielteisenä terminä (Kolehmainen 1999), joten tässä työssä termi vanhukset korvataan neutraalimmalla käsitteellä, kuten iäkkäät, ikääntyneet tai ikäihmiset.

4.1 Fysiologiset ikääntymismuutokset

Käsitykset fysiologisista ikääntymismuutoksista perustuvat pääasiassa poikkileikkaustutkimuksiin, joissa on tutkittu ja vertailtu eri-ikäisiä ihmisiä. Haasteena on fysiologisten vanhenemisilmiöiden ja sairauksien aiheuttamien patologisten muutosten erottaminen toisistaan. (Tilvis 2010, 20; Valvanne 2012, 58.)

Yksilöiden väliset erot ikääntymismuutosten ilmenemisessä ovat suuria. Fysiologisilla ikääntymismuutoksilla on kuitenkin tiettyjä yleispiirteitä, joita ovat ilmenneminen kaikissa yksilöissä ennemmin tai myöhemmin, muutokset eivät ole primääristi ulkoisten tekijöiden aiheuttamia, vähentävät elimistön toiminnan kapasiteettia, muutokset ovat luonteeltaan palautumattomia ja etenevät hitaasti. (Tilvis 2010, 20.)

Kaikki fysiologiset ikääntymismuutokset perustuvat solujen vanhenemiseen, jolloin solujen toiminta hankaloituu monin eri tavoin. Solu- ja kudostasolla ikääntyminen tarkoittaa kuivumista, hyytymistä, rasvoittumista ja jäykistymistä. Ikääntyminen on ohjelmoitua solukatoa, joka kohdistuu kaikkiin elimiin. Esimerkiksi aivojen, sydämen, keuhkojen, munuaisten ja lihaksiston soluista 20-40 % kuolee 80 ikävuoteen mennessä. Fysiologiset muutokset eivät tapahdu samalla nopeudella kaikissa elimistön osissa eivätkä ala samanaikaisesti, vaan jokainen elin ikään-

tyy omalla tavallaan. Normaalina ikääntymisnopeutena pidetään elimistön toimintojen 1 %:n heikkenemistä vuodessa. (Valvanne 2012, 58.)

Elämän loppuvaiheessa on havaittavissa useita anatomisia ja fysiologisia muutoksia. Tyypillisesti moni ylipainoinen laihtuu, verenpaine ja veren lipidiarvot laskevat, autonomisen hermoston toiminta heikkenee ja elimistön lämmönsäätelyjärjestelmä heikentyy. Pisimpään säilyvät elimistön sisäistä tasapainoa ylläpitävät järjestelmät, kuten elektrolyyttitasapaino. Tätä kuolemaa edeltävää vaihetta kutsutaan hauraus-raihnausoireyhtymäksi. (Tilvis 2010, 59-60.)

4.2 Kognitiiviset ikääntymismuutokset

Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan tiedon vastaanottamiseen, käsittelyyn ja varastointiin liittyviä toimintoja, joita ovat esimerkiksi havainnointi, asioiden muistaminen ja hahmottaminen, toiminnanohjaus, tarkkaavaisuus ja oppiminen. Monimutkaisempia kognitiivisia prosesseja ovat ajattelu, päätöksenteko ja ongelmanratkaisu arkisissa tilanteissa. (Saarenheimo 2012, 30-31.)

Kognitiivisen toiminnan muutokset johtuvat aivoissa tapahtuvista ikääntymismuutoksista. Merkittävimpiä muutoksia aivoissa ovat aivojen tilavuuden pieneneminen, aivokammioden laajentuminen, aivoverenkierron vähentyminen, hermosolujen määrän vähentyminen, dendriittien ja synapsien määrän vähentyminen sekä muutokset aivojen viestiaiaineissa ja reseptoreissa. (Viitanen 2010, 28-29.)

Poikkileikkaus- ja pitkittäistutkimuksissa on havaittu, että kognitiivisten toimintojen heikkeneminen kiihtyy 75 vuoden iässä. Verbaalinen ymmärtäminen, yleinen järkeily, havainnointinopeus, laskutoimitusten nopeus ja avaruudellinen hahmottaminen ovat tyypillisesti heikkeneviä toimintoja. Lisäksi yleisiä ovat muistioireet, etenkin tapahtumamuistin heikkeneminen ja mieleen painamiskyvyn huononeminen. Heikentymistä tapahtuu erityisesti niissä toiminnoissa, joita ikääntyvä ei tarvitse tai ei käytä. (Viitanen 2010, 29-34.)

4.3 Psyykkiset ikääntymismuutokset

Mielenterveys koostuu monista tekijöistä. Yksilölliset, yhteisölliset, kulttuuriset ja yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat psyykkisen tasapainon säilymiseen tai horjumiseen. Keskeisiä yksilöllisiä tekijöitä ovat esimerkiksi perinnölliset tekijät, fyysiset sairaudet sekä ihmissuhteissa koetut tunnekokemukset. Psyykkisen hyvinvoinnin yhteisöllisiä, kulttuurisia ja yhteiskunnallisia perusteita kuvastavat yhteisössä vallitsevat normit, erilaisten ihmisryhmien yhteiskunnallinen asema ja elämän eri vaiheisiin kuuluvat ihmissuhteiden muutokset. (Kivelä 2009, 12.) Ryffin esittämän teorian (1989) mukaan iäkkäiden mielenterveys koostuu kuudesta tekijästä, joita ovat itsensä ja omien rajoitustensa hyväksyminen, ympäristön ja arjen hallinta, autonomia, vastavuoroiset suhteet toisiin ihmisiin, elämän tarkoituksellisuus sekä henkilökohtainen kasvu ja omien mahdollisuuksien toteuttaminen (Saarenheimo 2012, 42-43).

Merkittävimpiä psyykkistä hyvinvointia vaarantavia tekijöitä iäkkäillä ovat ruumiilliset ja kognitiiviset ikääntymismuutokset, sairastuminen, ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyvät muutokset, läheisten ihmisten menetykset, yhteiskunnan kielteiset asenteet vanhuutta kohtaan, autonomian menetys sekä eräät erityislanteet, kuten omaishoito. Ruumiilliset muutokset, kuten sairaudet ja toimintakyvyn ja liikkumisen hankaloituminen vaativat ikääntyneeltä huomattavaa psyykkistä sopeutumista, sillä ikääntynyt joutuu luomaan ja hyväksymään uuden minäkuvan. Myös kognitiiviset muutokset sekä yleinen toimintojen hidastuminen saavat ikääntyneen epäröimään omaa arvoaan. Merkittäviä menetyksiä, kuten oman terveyden, autonomian, taloudellisen aseman, kodin sekä läheisten ihmisten ja etenkin oman puolison menetystä pidetään psykologisesti kuormittavimpina elämäntapahtumina. Menetykset koettelevat ikääntyneet syvintä käsitystä omasta itsestään ja siten koko hänen identiteettinsä perustaa. (Saarenheimo 2012, 42-44.)

Kivelän (2009, 21-22) mukaan monet ikäihmiset ovat kertoneet tunnekokemuksensa vaimenevan iän myötä. Ikäihmiset kokevat ilon, surun, onnen ja vihan tunteet vaimeampina kuin nuorempina. Osa pitää muutosta positiivisena, sillä he ovat kokeneet elämänsä helpottuneen muutoksen myötä. Tunteiden laimenemisesta

huolimatta iäkkäilläkin ihmisillä on tarve kokea psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen läheisyyden ja rakkauden tunteita. Ystävyys ja rakkauden tunteet yleensä muuttuvat toisista huolehtimisen ja toisilta huolenpitoa saamisen toiminnoiksi ja tunteiksi. Iäkkäillä seksuaaliset tunnekokemukset säilyvät ja psyykkinen yhteenkuuluvuudentunne korostuu fyysisen intohimon jäädessä taka-alalle. Ikäihmisen mielenterveys on vaarassa horjua ja hän altistuu masennustilan puhkeamiselle, mikäli hän ei pääse kokemaan edellä mainittuja inhimillisiä tunteita.

4.4 Sosiaaliset ikääntymismuutokset

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa yksilön selviytymistä erilaisissa yhteisöissä, niin yhteiskunnassa kuin omissa lähiyhteisöissään. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee esimerkiksi erilaisissa rooleissa selviytymisenä, sosiaalisena kanssakäymisenä sekä sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena. Sosiaaliset ikääntymismuutokset johtuvat paljolti fyysisistä, kognitiivisista ja psyykkisistä ikääntymismuutoksista. Lisäksi ympäristöllä on suuri vaikutus sosiaalisten ikääntymismuutosten esiintymiseen. (Koskinen, Sainio, Tiikkainen, Vaaranmaa 2012, 137.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen raportin (2012) mukaan noin 4 % yli 65-vuotiaista miehistä ja noin 6 % naisista kokee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti. Yli 75-vuotiaiden vastaavat luvut miehillä ovat 10 % ja naisilla noin 12%. Vuorovaikutusongelmiksi esiin nousevat vaikeudet asioiden hoitamisessa yhdessä muiden kanssa sekä asioiden esittäminen vieraille ihmisille. Näitä vuorovaikutusongelmia kokee jopa joka neljäs ikäihminen. Sen sijaan läheisen ihmisen suhteen ja käytännön avun puuttuminen oli harvinaista. Tilastojen mukaan yksinäisyyttä ja vuorovaikutusongelmia esiintyy yli 65-vuotiailla enemmän kuin nuoremmilla. Tätä eroa selittävät ikääntymismuutokset, esimerkiksi heikentynyt kuulo ja heikko fyysinen kunto. (Koskinen ym. 2012, 137-140.)

Ikääntymiseen suhtaudutaan yhteiskunnassamme ja länsimaisessa kulttuurissa melko stereotyyppisesti: ikääntyneitä pidetään passiivisena ryhmänä, vanhanaikaisina, hitaina, vanhuudenhöperöinä ja tuottamattomina kansalaisina (Perttula 2013, 35; Kivelä 2009, 36). Juuri tämän kaltaisten yhteiskunnallisten negatiivisten

stereotyyppien sekä muiden ikääntymismuutosten on todettu olevan vaikuttava tekijä altistamaan ikääntyneitä masennukselle (Saarenheimo 2012, 43).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa iäkkään potilaan kokeman kotiutumisprosessin heikkouksia ja vahvuuksia potilasnäkökulmasta. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, millaisena potilas kokee kotiutumisprosessin, minkälaisia kotiutumisjärjestelyitä potilas tarvitsee ja mistä hän haluaa saada tietoa ennen kotiutumistaan.

Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, minkälaisia tietoja ja ohjeita iäkkäät masennuspotilaat tarvitsevat siirtyessään psykiatrisesta sairaalahoidosta avohoitoon. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja ymmärrystä iäkkäiden potilaiden tarpeita kohtaan. Näin ollen vanhustenhoidon ja hoitotyön laatua voidaan tulevaisuudessa parantaa. Mikäli tutkimustuloksia hyödynnetään ja iäkkäiden potilaiden tarpeet otetaan entistä enemmän huomioon, voi ikäihmisten kotona selviytymisaika pidentyä ja pysyvän laitoshoidon tarve viivästyä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Kokevatko potilaat hoitojaksonsa pituuden riittäväksi?
2. Onko omaiset otettu potilaan mielestä riittävästi mukaan kotiutumisen suunnitteluun?
3. Ovatko potilaat saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan ja lääkityksestään hoitojakson aikana?
4. Onko potilaiden kotona selviytymistä tuettu järjestämällä kotiutumista tukevia järjestelyitä ennen ja jälkeen lopullisen kotiutumisen?
5. Tuntevatko potilaat olevansa valmiita kotiutumaan?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin Vaasan keskussairaalan Huutoniemen sairaalan psykogeriatrisella osastolla aikavälillä marras-joulukuu 2014 sekä tammi-helmikuu 2015. Kyseessä olevalla osastolla tutkitaan ja hoidetaan erilaisista psyykkisistä häiriöistä kärsiviä iäkkäitä henkilöitä (Ylihaavisto 2014).

6.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat eläkeiän (65 vuotta) ylittäneet potilaat, jotka ovat olleet psykiatrisessa sairaalahoidossa masennuksen vuoksi. Kohderyhmäksi asetettiin iäkkäät potilaat, sillä kyseisen potilasryhmän kotiuttaminen koetaan erityisen haastavaksi. Kotiutuva potilas on todennäköisesti iäkäs, monisairas sekä huonokuntainen (Lämsä ym. 2013.) Tulevaisuudessa avohoitoa tullaan painottamaan entistä enemmän ja avohoitoon kotiutetaan entistä iäkkäämpiä ja toimintakyvyltään heikompia henkilöitä (Koponen 2003). Tutkimukseen haettiin masennusta sairastavia potilaita, sillä masennuksen on todettu olevan yleisin iäkkäillä henkilöillä esiintyvä mielenterveyden häiriö (Leinonen ym. 2010, 159). Masennuksen lisäksi tutkimukseen osallistuneilla potilailla saattoi olla muitakin psykiatrisia diagnooseja, mutta päädiagnoosina heillä oli masennus. Tutkimukseen haettiin kotiutumisvaiheessa olevia potilaita, sillä tutkimuksessa käsiteltiin heidän kokemiansa kotiutumisprosessin heikkouksia ja vahvuuksia erikoissairaanhoidosta avohoitoon kotiutumisessa. Tutkimukseen haettiin 5-10 kohderyhmään sopivaa osallistujaa. Yläikärajaa tutkimukseen osallistumiselle ei asetettu.

Tutkimus toteutettiin molemmilla kotimaisilla kielillä, sillä tutkimus keskittyi Vaasan sairaanhoitopiirin alueelle. Vaasan sairaanhoitopiirin alueella noin 51 % henkilöistä on ruotsinkielisiä ja noin 45 % suomenkielisiä (Järf-Wartiovaara 2015). Näin ollen tutkimukseen osallistuvien potilaiden tuli hallita joko suomen tai ruotsin kieli. Luku- ja/tai kirjoitustaito ei ollut välttämätöntä tutkimukseen osallistumiselle, mikäli osastolla oli hoitaja avustamassa potilasta tutkimukseen osallistumisessa. Mikäli hoitaja avusti potilasta vastaamaan, vaadittiin potilaalta yhteistyökykyä, jotta tutkimukseen osallistuminen onnistuisi.

6.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin marras- ja joulukuussa 2014 sekä tammi- ja helmikuussa 2015. Tutkimussuunnitelman mukaan aineiston tuli olla kerättynä joulukuun 2014 loppuun mennessä. Tällöin vastauksia oli kuitenkin liian vähän, joten aineiston keruuta jatkettiin siihen asti, että tutkimussuunnitelman mukainen otos (5-10 osallistujaa) saatiin kokoon.

Opinnäytetyössä avustava Huutoniemen sairaalan yhteyshenkilö osastonjohtaja Kirsi Haavisto valikoi tutkimukseen sopivat osallistujat yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeet osallistujille. Kyselyyn vastaamisen jälkeen täytetyt kyselylomakkeet laitettiin kirjekuoreen, kuori suljettiin ja annettiin osastonhoitajalle säilytykseen lukolliseen kaappiin. Tarkoituksena oli, että tutkimukseen osallistuvat potilaat olisivat täyttäneet tutkimuslomakkeet itse.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla (Liite 3 & Liite 4), jotka potilaat saivat itse täyttää. Osa vastanneista tarvitsi kuitenkin omahoitajan apua kyselyyn vastaamiseen. Kyselylomake sisälsi yhteensä 13 kysymystä ja tutkimukseen osallistumiseen arvioitiin kuluvan 10-20 minuuttia. Kyselyn kaksi ensimmäistä kysymystä käsittelivät vastaajien taustatietoja, tässä tapauksessa ikää ja sukupuolta. Loput kysymykset käsittelivät hoitojaksoon liittyviä seikkoja, kuten esimerkiksi hoitojakson pituutta, aikaisempia sairaalajaksoja, kotilomia, kotona selviytymistä ja sitä tukevia palveluita sekä tiedonsaantia. Kysely sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselyn viimeinen kohta oli kokonaan avoin kysymys, jossa vastaajilla oli mahdollisuus vapaasti kommentoida hoitojaksoaan sekä tuoda esiin mietteitään kotiutumisesta.

Ennen käyttöönottoa tämän tutkimuksen kyselylomake pilotoitiin iäkkäillä henkilöillä. Pilotointi suoritettiin syyskuussa 2014. Pilotointiin osallistui seitsemän tutkimuksen kohderyhmän ikäluokkaan kuuluvaa henkilöä. Kyseisistä henkilöistä osa kuului työn tekijän lähipiiriin, osa oli lähipiiriin kuuluvien henkilöiden tuttavina. Työn tekijä jakoi pilotointiin osallistuneille henkilöille kyselylomakkeet kotiin, jotta kyseiset henkilöt saivat huolellisesti perehtyä asiaan. Vaikka osa pilotointiin osallistuneista henkilöistä olikin työn tekijän sukulaisia, antoivat he rohkeasti pa-

lautetta, myös kritiikkiä, kyselylomakkeesta. Pilotoinnista saadun palautteen perusteella kyselylomakkeen fonttia ja vastausruutuja suurennettiin sekä lomakkeen alkuun lisättiin vastausohjeet. Muutosten myötä kyselylomake vastasi entistä paremmin tutkimuksen kohderyhmän tarpeita.

6.3 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Strukturoitujen kysymysten sisältö analysoitiin manuaalisesti. Avoimien kysymysten sisältö analysoitiin käyttäen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aluksi aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sanasanasesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217). Seuraavat työvaiheet induktiivisessa sisällönanalyysissä ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi eli aineiston käsitteellistäminen. Alkuperäisilmaukset pelkistetään, analyysiyksikkönä voi toimia esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään erilaisiin kategorioihin, ala- ja yläkategorioihin, joista luotiin johtopäätöksiä. Samaan kategoriaan ryhmitellään samaa tarkoittavia analyysiyksiköitä. Aineiston analyysistä luotiin analyysitaulukko, jonka sisällön oli tarkoitus vastata tutkimuskysymysten ongelmiin. Analyysitaulukko on liitteenä 5. (Kankkunen ym. 2013, 165-169.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto litteroitiin käyttäen tietokoneella Word 2013 –ohjelmaa. Litteroitu tutkimusaineisto tulostettiin paperille. Litteroitua tutkimusaineistoa muodostui noin viisi A4-kokoista arkkia kirjoitettuna Times New Roman –fontilla koko 12. Aineistoon perehdyttiin huolellisesti, jonka jälkeen sitä alettiin analysoimaan luomalla aineistosta pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyistä ilmauksista luotiin ala- ja yläkategorioita, joista muodostui suurempia kokonaisuuksia, pääkategorioita. Alakategorioiksi muodostui kotiutumisen suunnittelu, kotiutumista ja kotona selviytymistä tukevat toimenpiteet sekä potilaan tiedon- ja tuentarve. Yläkategorioiksi muodostui yhteistyö erikoissairaanhoidon ja avohoidon välillä sekä potilaan opetus ja ohjaus. Näistä kategorioista luotiin kaksi pääkategoriaa: laadukas, moniammatillinen hoito ja hoitajan ammattitaito (Liite 5).

6.4 Tutkimusetiikka

Hirsjärven ym. (2007, 25) mukaan tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tämä tarkoittaa itsemääräämisoikeutta, jonka mukaan jokaisella ihmisellä on mahdollisuus itse päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneille on korostettu saatekirjeessä (Liite 1 & Liite 2) vapaaehtoista osallistumista sekä sitä, ettei tutkimukseen osallistuminen sido heitä mihinkään. Hoitohenkilökunta, joka on valinnut tutkimukseen sopivia henkilöitä, on muistuttanut osallistujia vapaaehtoisesta osallistumisesta. Tutkimukseen osallistumattomuus ei aiheuttanut haittaa potilaille eikä tutkimukseen osallistuneita palkittu millään tavalla.

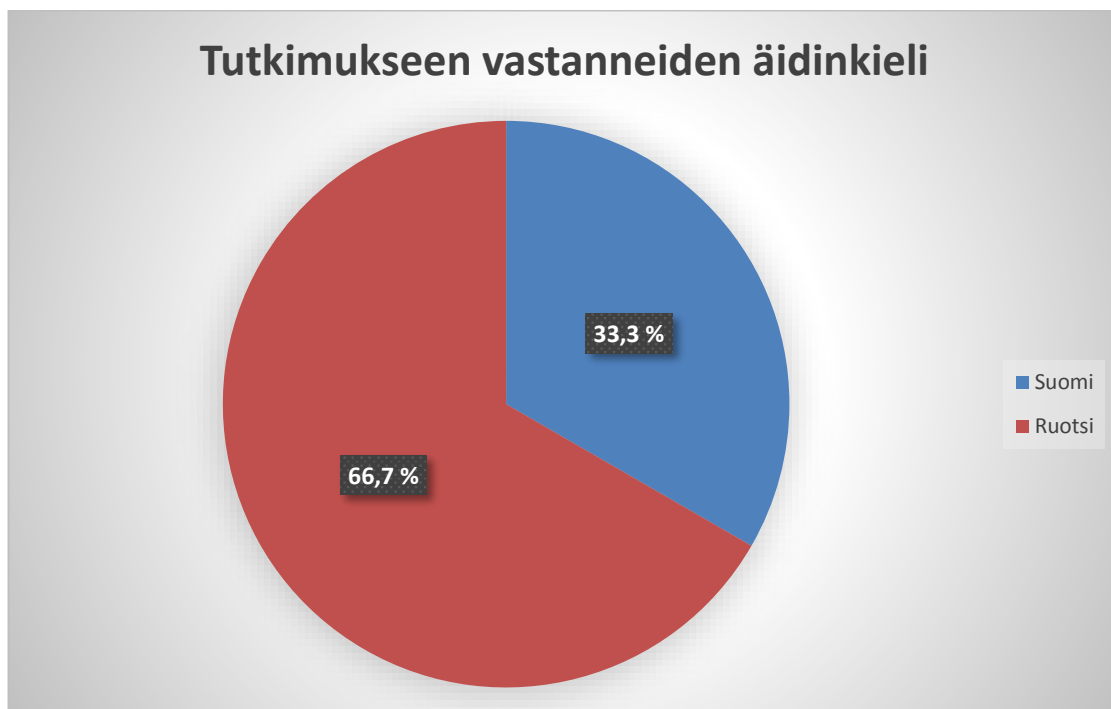
Yksi American Nurses Association:in vuonna 1995 hoitotieteelliselle tutkimukselle asetetuista eettisistä ohjeista on tutkittavien yksityisyyden suojeleminen mahdollisimman hyvin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217-218). Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeet palautettiin tutkimuksen tekijälle nimettömänä ja ilman mitään henkilötietoja. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys ei tule paljastumaan missään vaiheessa. Näin ollen tutkittavien henkilöiden anonymiteetti säilyy täysin. Kankkunen kollegoineen (2013, 221) painottaa, ettei tutkimustietoja tule luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Lisäksi tutkimusaineisto tulee säilyttää lukitussa paikassa ja salasanalla suojatulla tietokoneella. Tässä työssä tiedon keruun jälkeen kyselylomakkeiden tiedot siirrettiin opinnäytetyön tekijän salasanalla suojatulle tietokoneelle, johon ei pääse käsiksi kukaan muu kuin työn tekijä. Kyselylomakkeet säilytettiin lukolla suojatussa kaapissa, johon myöskään ei pääse käsiksi kukaan muu kuin työn tekijä. Tutkimuksen valmistuttua kyselylomakkeet hävitettiin polttamalla. Tutkimustulosten analysoinnin ja kokoamisen jälkeen kyselylomakkeiden tiedot hävitettiin poistamalla ne tietokoneen kovalevyiltä. Tutkimusaineistoa ei käytetty mihinkään muuhun tarkoitukseen kuin tämän opinnäytetyön valmistumiseen eikä tutkimusaineisto ole ollut kenenkään muun kuin työn tekijän nähtävillä. Kyselyn saatekirjeessä tutkimukseen osallistuneita informoitiin tutkimusaineiston säilyttämisestä, hävittämisestä sekä tietojen salassapidosta.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen vastasi yhteensä kuusi henkilöä. Kyselyssä selvitettiin vastaajien taustatietoja, kuten ikää ja sukupuolta. Osallistujien ammattiryhmällä ei ollut merkitystä tutkimuksen kannalta, joten koulutustaustaan ei tutkimuksessa otettu kantaa. Kyselyyn oli mahdollista osallistua sekä suomen että ruotsin kielellä, joten myös vastaajien äidinkieli saatiin selville. Tutkimuksessa ei kuitenkaan ollut tarkoitus selvittää, eroavatko tutkimustulokset suomen- ja ruotsinkielisten keskuudessa, vaan kysely laadittiin molemmilla kotimaisilla kielillä, jotta mahdollisimman moni tutkimuksen kohderyhmään kuuluva potilas voisi osallistua kyselyyn. Kuviosta 2 selviää, että vastaajista suurin osa oli naisia. Kuviossa 3 on esitelty vastaajien äidinkieli. Vastanneista potilaista enemmistö oli äidinkieleltään ruotsinkielisiä ja vähemmistö suomenkielisiä. Iältään kyselyyn vastanneet potilaat olivat 70-83-vuotiaita. Vastanneiden keski-ikä oli 76,8 vuotta.



Kuvio 2. Tutkimukseen vastanneiden sukupuoli.



Kuvio 3. Tutkimukseen vastanneiden äidinkieli.

7.1 Hoitojakso

Kyselyssä haluttiin selvittää, millaisena potilaat kokivat hoitojaksonsa psykiatriassa sairaalassa. Kyselyssä selvitettiin, kauanko potilaat olivat olleet kyseisellä hoitojaksolla sairaalahoidossa. Lisäksi kyselyyn osallistuneet potilaat saivat ottaa kantaa hoitojaksonsa pituuteen sekä siihen, oliko hoitojakson pituus heidän mielestään riittävä oman terveydentilanteen kannalta.

Kaikki kyselyyn vastanneet olivat olleen psykiatrisella hoitojaksolla Huutoniemen sairaalassa psykogeriatrian osastolla aikavälillä marraskuu 2014 – helmikuu 2015. Hoitojaksojen pituus vaihteli alle viikosta kuuteen viikkoon. Hoitojaksojen pituuden keskiarvo oli 3,6 viikkoa, mikä tarkoittaa noin 25 vuorokautta.

Kyselyyn vastanneiden potilaiden hoitojakson pituus vaihteli alle viikosta kuuteen viikkoon. Suurin osa vastanneista oli 4-6 viikon hoitojaksolla Huutoniemen sairaalassa. Yli kuuden viikon hoitojaksolla ei ollut yksikään kyselyyn vastannut. Tulokset selviävät taulukosta 2.

Taulukko 2. Tutkimukseen vastanneiden hoitojakson pituus.

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Alle viikko	1	16,7 %
2-4 viikkoa	2	33,3 %
4-6 viikkoa	3	50 %
6-8 viikkoa	0	0 %
Yli 8 viikkoa	0	0 %

Lähes kaikki kyselyyn vastanneet potilaat olivat tyytyväisiä hoitojaksonsä pituuteen. Vain pieni osa vastanneista ei osannut ottaa kantaa hoitojakson pituuden riittävyyteen. Yhdenkään vastaajan mielestä hoitojakso ei ollut liian pitkä tai lyhyt.

Ennen kyseistä hoitojaksoa lähes jokainen kyselyyn vastannut oli jo aikaisemmin ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa masennuksen tai muun psyykkisen sairauden vuoksi. Vain yhdelle kyselyyn vastanneelle potilaalle kyseinen hoitojakso oli ensimmäinen kerta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Näin ollen ikääntyneiden masennuksen voidaan todeta olevan vaikea sairaus, josta toipuminen voi viedä pitkän ajan.

7.2 Kotiutumisjärjestelyt

Tutkimuksesta selviää, että suurimmalle osalle kyselyyn vastanneista ei järjestetty kotilomaa hoitojakson aikana. Lopuille kyselyyn vastanneille järjestettiin joko yksi tai useampia kotilomia hoitojakson aikana. Tulokset selviävät taulukosta 3. Jokainen kyselyyn vastannut potilas, jolle kotilomaa järjestettiin, koki sen hyödylliseksi lopullisen kotiutumisen kannalta.

Taulukko 3. Potilaille järjestetyt kotilomat hoitojakson aikana.

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Kyllä, yksi	1	16,7 %
Kyllä, useampia	1	16,7 %
Ei	4	66,7 %

Enemmistölle kyselyyn vastanneista ei järjestetty hoitojakson aikana hoitokouksia tai kotiutumispalavereita, joihin olisi potilaan ja hoitohenkilökunnan lisäksi osallistunut myös potilaan omaiset. Heistä yksikään ei toivonut, että omaiset olisivat osallistuneet kotiutumisen suunnitteluun. Lopuille kyselyyn vastanneille järjestettiin joko yksi tai useampia hoitokokouksia tai kotiutumispalavereita, joissa kotiutumisen suunnitteluun osallistui myös potilaan omaiset. Tulokset selviävät taulukosta 4.

Taulukko 4. Hoitojakson aikana järjestetyt kotiutumispalaverit ja hoitokokoukset, joihin on potilaan lisäksi osallistunut tämän omaiset.

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Kyllä, yksi hoitokouk- kous/kotiutumispalaveri	1	16,7 %
Kyllä, useampia hoitokokouk- sia/kotiutumispalavereita	1	16,7 %
Kyllä, mutta ilman omaisia	1	16,7 %
Ei	3	50 %

Kaikki kyselyyn vastanneet, joille kotiutumispalavereita ja/tai hoitokokouksia järjestettiin omaisten kanssa tai ilman, kokivat ne hyödyllisiksi lopullisen kotiutumisen kannalta. Omaisten osallistuminen kotiutumisen ja hoidon suunnitteluun tulee tutkimustulosten mukaan harkita tapauskohtaisesti.

Potilaiden kotona selviytymistä tuetaan tarpeenmukaisin keinoin. Tutkimuksesta selviää, että lähes jokaiselle kyselyyn vastanneista järjestettiin hoitojaksolla kotona selviytymistä tukevia toimenpiteitä. Näitä olivat esimerkiksi kotihoito, psyko-geriatrian poliklinikan kotikäynnit sekä intervallijaksot osastolle. Osalla kyselyyn vastanneilla oli kontakti psykiatriseen avohoitoon omalla kotipaikkakunnalla jo ennen erikoissairaanhoitojakson alkua, joten tällaisessa tapauksessa ei tarvittu muita apukeinoja. Lisäksi yhdelle kyselyyn vastanneelle järjestettiin intervallijaksoja avohoidon yksikköön. Näin ollen voidaan sanoa, että kaikilla kyselyyn vastanneilla on kotona selviytymistä tukevia järjestelyitä erikoissairaanhoidosta kotiutumisen jälkeen. Tulokset selviävät taulukosta 5.

Taulukko 5. Kotona selviytymistä tukevat toimenpiteet, joita hoitojakson aikana on järjestetty.

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Kyllä, intervallijaksoja osastolle	0	0 %
Kyllä, kotihoitoa	1	16,7 %
Kyllä, psyko-geriatrian poliklinikan kotikäyntejä	1	16,7 %
Kyllä, useampia edellä mainituista	3	50 %
Ei	1	16,7 %

Taulukosta 6 selviää, että suurin osa kyselyyn vastanneista tietää, miten toimia, mikäli kotona selviytyminen tuntuu vaikealta. Näin ollen voidaan todeta potilaiden kotiutuvan luottavaisin mielin. Vain pieni osa vastaajista ei tiedä miten tulisi toimia, mikäli kotona selviytyminen tuntuu vaikealta. Yhtä suuri osuus vastaajista ei osaa vastata kysymykseen.

Taulukko 6. Potilaiden tietämys siitä, miten tulee toimia mikäli kotona selviytyminen tuntuu vaikealta.

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Kyllä	4	66,7 %
Ei	1	16,7 %
En osaa vastata	1	16,7 %

Enemmistö vastaajista tuntee olevansa valmiita kotiutumaan hoitajaksoiltaan erikoissairaanhoidosta avohoitoon kyseisen hoitajakson jälkeen. Kolmasosa vastaajista ei osaa vastata kysymykseen. Yksikään kyselyyn osallistuneista ei vastannut, ettei olisi valmis kotiutumaan. Tulokset selviävät taulukosta 7.

Taulukko 7. Potilaiden tunne kotiutumisvalmiudesta.

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Kyllä	4	66,7 %
Ei	0	0 %
En osaa vastata	2	33,3 %

Kyselyn lopussa olevaan avoimeen kohtaan vastaajat saivat kirjoittaa mietteitään kotiutumisestaan. Vastaajat toivat esiin epävarmuuden ja huolestuneisuuden tunteita kotiutumista ja kotona selviytymistä kohtaan.

”Kotona pärjääminen huolestuttaa.”

”Är ängslig och osäker”

Samassa avoimessa kohdassa vastaajat saivat kertoa vapaasti mietteitään kotiutumisen lisäksi myös koko hoitojaksosta. Vastaajat toivat esiin hoitokeinoja, jotka olivat sisältyneet hoitojaksoon. Lisäksi vastaajat kertoivat, mitä asioita olivat kokeneet tärkeiksi hoitojaksonsa aikana.

”Hoitoon sisältyi ect-hoitoa, masennuslääkkeitä. Tärkeätä oli myöskin vertaistuki”

”Har fått ECT-behandlingen här”

7.3 Tiedonsaanti hoitojakson aikana

Kyselyssä haluttiin selvittää, ovatko masennusta sairastavat iäkkäät potilaat saaneet mielestään riittävästi tietoa sairaudestaan ja lääkityksestään. Kysymykset koskivat sairauden hoitoa, oireita ja sairastumista sekä lääkityksen haitta- ja yhteisvaikutuksia, lääkkeenottoajankohtia sekä lääkkeen unohtamista.

Puolet kyselyyn vastanneista potilaista koki saaneensa osastolla riittävästi tietoa liittyen sairauteensa. Loput vastaajista kokivat saaneensa joko kohtalaisesti tai puutteellisesti tietoa sairaudestaan. Yksi kyselyyn vastannut potilas ei osannut ottaa kantaa kysymykseen. Tulokset selviävät taulukosta 8. Kyselyssä oli mahdollista tarkentaa, olisivatko potilaat toivoneet saaneensa lisää tietoa liittyen sairauteensa. Vastauksista selviää, että potilaat eivät tienneet mistä haluaisivat lisää tietoa. Osa potilaista toivoi, että olisi saanut tietoa myös somaattisten ongelmien hoitoon liittyen.

”Kuinka pärjään toimimattoman vatsan kanssa kotona”

Taulukko 8. Potilaiden mielipide hoitojakson aikana saadusta informaatiosta sairauteen liittyen.

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Kyllä, olen mielestäni saanut riittävästi tietoa	3	50 %
Olen saanut kohtalaisesti tietoa sairaudestani	1	16,7 %
En mielestäni ole saanut riittävästi tietoa sairaudestani	1	16,7 %

Lääkityksestään potilaat saivat hoitojakson aikana vähemmän tietoa kuin sairaudestaan. Taulukosta 9 selviää, että lääkityksestään, esimerkiksi lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista, lääkkeen unohtamisesta sekä lääkkeenottoajankohdista, riittävästi tietoa sai kolmasosa kyselyyn vastanneista. Tämä on hieman pienempi osuus kuin sairaudestaan riittävästi tietoa saaneet potilaat. Enemmistö kyselyyn vastanneista potilaista sai mielestään kohtalaisesti tietoa lääkityksestään hoitojakson aikana. Yksikään kyselyyn vastannut ei saanut mielestään riittämättömästi tietoa liittyen käyttämäänsä lääkitykseen. Kyselylomakkeessa potilailla oli mahdollisuus tarkentaa, millaisista lääkehoitoon liittyvistä asioista olisivat toivoneet lisätietoa. Potilaat kertoivat kyselyssä olevansa tyytyväisiä saamaansa informaatioon, osa vastanneista olisi kuitenkin toivonut tietoa lääkityksen tarkoitukselta.

”Nej det finns ingenting att tänka på, det är bra som det är”

”Betydelsen av medicin? Vet inte”

Taulukko 9. Potilaiden mielipide hoitojakson aikana saadusta informaatiosta lääkitykseen liittyen.

Vastausvaihtoehdot	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Kyllä, olen mielestäni saanut riittävästi tietoa lääkityksestäni	2	33,3 %
Olen saanut kohtalaisesti tietoa lääkityksestäni	4	66,7 %
En mielestäni ole saanut riittävästi tietoa lääkityksestäni	0	0 %

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimustuloksista saadut johtopäätökset. Johtopäätökset olivat:

1. Hoitojaksojen pituutta ei tarvitse muuttaa.
2. Potilaille tulisi järjestää enemmän kotilomia.
3. Potilaille tulisi järjestää enemmän hoitokokouksia ja erilaisia palavereita, joissa keskustellaan potilaan kotiutumisesta. Potilaille ja potilaiden omaisille on tarjottava mahdollisuus osallistua kotiutumisen suunnitteluun entistä enemmän. Potilaille on tarjottava myös mahdollisuus kieltäytyä omaisten osallistumisesta hoidon tai kotiutumisen suunnitteluun.
4. Potilaiden kotona selviytymistä tukevia järjestelyitä ja käytäntöjä ei tarvitse muuttaa.
5. Potilaita tulisi informoida entistä enemmän siitä, miten tulee toimia, mikäli kotona selviytyminen tuntuu hankalalta.
6. Potilaat tarvitsevat enemmän tietoa liittyen sairauteensa, esimerkiksi sairauden oireisiin, hoitoon tai sairastumiseen.
7. Potilaat tarvitsevat enemmän tietoa liittyen lääkitykseensä, esimerkiksi lääkkeen unohtamisesta, lääkkeenottoajankohdista, lääkityksen merkityksestä sekä lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista.
8. Potilaat tarvitsevat psyykkisten sairauksiensa lisäksi tietoa myös somaattisista ongelmista ja sairauksista.

9 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan opinnäytetyön tekemistä. Pohdinta keskittyy tutkimustuloksiin, tutkimusetiikkaan ja tutkimuksen luotettavuuteen. Lisäksi työn tekijä pohdii omaa oppimisprosessiaan opinnäytetyön teon aikana. Luvun lopuksi työn tekijä esittää jatkotutkimusaiheita työlleen.

Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa iäkkään potilaan kokeman kotiutumisprosessin heikkouksia ja vahvuuksia potilaan näkökulmasta. Kyselyn tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, minkälaisia tietoja ja ohjeita iäkkäät masennuspotilaat tarvitsevat siirtyessään psykiatrisesta sairaalahoidosta avohoitoon. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja ymmärrystä iäkkäiden potilaiden tarpeita kohtaan.

9.1 Oppimisprosessi

Kokonaisuutena ajatellen työn tekeminen sujui hyvin. Työn tekijä oppi paljon tutkimuksen teosta, esimerkiksi tutkimuskäytännöistä, tutkimuksen etiikasta, tutkimuksen teon etenemisestä, tutkimuksen lajeista sekä tiedonhausta. Työn edetessä nämä taidot kehittyivät ja näin ollen työn tekijän motivaatio opinnäytetyö tekemistä kohtaan kasvoi entisestään. Opinnäytetyön tekeminen herätti tekijässään kiinnostusta tutkimustyötä kohtaan, näin ollen työn tekijän kiinnostus jatko-opintoja kohtaan heräsi. Mahdolliset jatko-opinnot voisivat sijoittua joko ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon tai yliopistoon.

Työn alussa suunniteltu aikataulu venyi hieman. Syitä tähän olivat hankaluudet koulun ja muun elämän yhteensovittamisessa sekä muutokset työn tekijän henkilökohtaisessa elämässä. Opinnäytetyön tekijä ei aikaisemmin ole laatinut tutkimusta, joten opinnäytetyön tekemisessä oli enemmän työtä kuin työn tekijä oli etukäteen kuvitellut. Työn tekijästä riippumaton seikka aikataulun venymiselle oli tutkimusaineiston keruun kestäminen suunniteltua kauemmin. Tutkimusaineiston suunniteltu keräysaika oli marras- ja joulukuu 2014, lopullinen tutkimusaineisto saatiin kuitenkin kokoon helmikuuhun 2015 mennessä.

Aiheen valinta oli työn tekijän mielestä onnistunut. Työn tekijä on kiinnostunut vanhustenhoidosta ja psykiatriasta sekä on suuntautunut psykiatriseen hoitotyöhön. Työ- ja harjoittelukokemusten johdosta työn tekijä on kohdannut monia erittäin hankalia iäkkäiden potilaiden kotiuttamisia ja huomannut näissä olevan kehittämisen tarvetta. Haastavat kotiuttamisprosessit vaativat hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa sekä hyviä yhteistyötaitoja. Yksi työn tekijän harjoittelupaikoista oli osasto, jolla kysely suoritettiin eli Vaasan keskussairaalan Huutoniemen sairaalan psykogeriatrinen osasto. Näin ollen aihevalinta oli kiinnostava ja sopiva työn tekijälle. Onnistunut aihevalinta motivoi työn tekijää läpi koko tutkimusprosessin.

Lähteitä tutkimusta varten löytyi runsaasti, joten ajoittain lähteiden luotettavuuden arvioiminen oli hankalaa. Tiedonhaku tietokannoista oli aluksi hieman ongelmallista, mutta kehittyi vähitellen harjoittelun myötä. Ohjeeksi opinnäytetyötä aloittaville tämän työn tekijä haluaakin ehdottaa huolellista tiedonhaun opettelemista. Muita neuvoja tutkimusta aloittaville voisi olla työn aikainen aloittaminen ja runsaan ajan varaaminen työlle. Lisäksi hyödyllistä työn tekemisen kannalta on kirjallisen työn ohjeen, etenkin lähdemerkintöjen, huolellinen opetteleminen.

9.2 Tutkimustulokset

Kyselyyn vastanneista suurin osa piti hoitojaksoaan sopivan pituisena oman terveydentilanteen kannalta. Tästä voidaan päätellä, että hoitojaksojen pituutta ei tarvitse muuttaa. Hoitojakson pituuden keskiarvo oli tähän kyselyyn osallistuneilla potilailla noin 25 vuorokautta. Ennen kyseessä olevaa hoitojaksoa lähes jokainen tutkimukseen vastannut oli ollut aikaisemminkin psykiatrisella hoitojaksolla. Tästä voidaan päätellä ikääntyneiden masennuksen olevan vaikea sairaus, josta toipuminen voi viedä pitkän ajan. Erilaiset masennustilat ovat yleisimpiä iäkkäillä esiintyviä mielenterveydenhäiriöitä (Leinonen ym. 2010, 159). Potilaiden palautusta sairaalahoitoon voidaan ennaltaehkäistä tehokkaalla kotiutumisen suunnittelulla sekä tehokkailla avohoidon järjestelyillä. Kotiutusprosessin suunnittelun tulisi alkaa heti potilaan saapuessa sairaalahoitoon. Lisäksi onnistunut kotiutusprosessi vaatii yhteistyötä eri tahojen, kuten potilaan, omaisten ja avohoidon pii-

riin kuuluvien organisaatioiden kanssa. Potilaan kotiutumisen pitkäaikaisesta sairaalahoidosta on todettu olevan helpompaa avohoidon palveluiden tuella. (Lämsä 2013, 105-111; Korkeila 2009.) Kansainvälisistä tutkimuksista on saatu vaikuttavaa tietoa iäkkäiden masennuspotilaiden hoidosta avohoidossa. Tutkimusten mukaan avohoidon piirissä hoidettavat potilaat kokevat vähemmän masennusoireita, ovat toimintakykyisempiä sekä kokevat elämänlaatunsa paremmaksi kuin psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettavat potilaat. (Klug ym. 2010.)

Tutkimustuloksista selviää, että suurin osa tähän kyselyyn osallistuneista tuntee olevansa valmiita kotiutumaan kyseisen hoitojakson jälkeen. Samankaltaisia tuloksia saatiin myös Laakkosen (2013) tutkimuksessa, jossa todetaan haastateltujen ikääntyneiden potilaiden kotiutuvan sairaalasta positiivisin mielin. Malmbergin (2010) tutkimuksessa potilaat ovat maininneet tärkeäksi seikaksi tunteen hyvästä terveydentilasta kotiutumishetkellä. Muita seikkoja siihen, että potilaat kokevat olevansa valmiita kotiutumaan, voivat olla sairauden hyväksyminen, sairauden oireiden tunnistaminen, riittävä tiedonsaanti liittyen sairauteen ja sen hoitoon sekä kokemus siitä, että sairauden hoitomuodot ovat tehokkaita oman tilanteen kannalta.

Kaikkien kyselyyn vastanneiden potilaiden kotona selviytymistä tuettiin osastolta kotiutumisen jälkeen erilaisin keinoin, kuten kotihoidolla, psykogeriatrisen poliklinikan kotikäynneillä tai intervallijaksoilla osastolle. Puolelle kyselyyn vastanneista järjestettiin useampia edellä mainituista kotona selviytymistä tukevista toimista. Kotiutumista tuettiin myös järjestämällä potilaille kotilomia hoitojakson aikana. Jokainen kyselyyn vastannut, jolle kotilomaa järjestettiin, koki sen hyödylliseksi lopullisen kotiutumisen kannalta. Näin ollen voidaan todeta kyseisten kotiutumisjärjestelyiden tukevan potilaiden selviytymistä kotona sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Nämä järjestelyt voivat vähentää potilaan pelkoa ja epävarmuutta kotiutumisen hetkellä ja näin ollen olla yksi syy, jonka vuoksi kyselyyn osallistuneet potilaat tunsivat olevansa valmiita kotiutumaan. Laakkosen (2013) tutkimuksessa todetaan, että kotiutumista suunniteltaessa potilaille tarjotaan kotihoidon tukipalveluita, mutta tutkimukseen osallistuneet potilaat olisivat kuitenkin tarvinneet erilaisia palveluja hieman tarjottua enemmän. Lisäksi osa Laakkosen (2013)

tutkimukseen osallistuneista potilaista olisi toivonut hoitajan kotikäyntejä kotiutumisen jälkeen.

Kyselyssä haluttiin selvittää, ovatko potilaiden omaiset osallistuneet kotiutumisen suunnitteluun. Puolet kyselyyn osallistuneista vastasi, ettei heille järjestetty kotiutumispalavereita, joihin myös heidän omaiset olisivat osallistuneet. Vaasan sairaanhoitopiiri painottaa potilaiden ja omaisten osallistumista hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Näin pyritään aktivoimaan potilaan omia voimavaroja. Tavoitteena on taata potilaille laadukas ja yksilöllinen hoito. Yksi ajankohtaisista painopisteistä mielenterveyshoitotyössä on perhekeskeisyys, sitä pidetään yhtenä hyvän hoidon ominaisuutena. Hoitotyön kannalta tämä on merkittävä seikka, sillä yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin ja terveyteen. Potilasta tulisi kannustaa siihen, että omaiset osallistuisivat hoidon suunnitteluun. Näillä toimilla Vaasan sairaanhoitopiiri pyrkii helpottamaan potilaiden kotiutumista erikoissairaanhoidosta avohoitoon. (Forsén 2013; Kuhanen ym. 2013, 97.)

Yksikään kyselyyn vastannut, jonka omaiset eivät osallistuneet kotiutumisen suunnitteluun, ei myöskään toivonut omaistensa osallistuvan hoitokokouksiin, joissa kotiutumista suunniteltiin. Syitä tähän voi olla monia. Kyselyyn vastanneet potilaat olivat iäkkäitä, joten heillä ei mahdollisesti ollut enää hengissä olevia omaisia. Omaiset saattoivat olla myös huonokuntoisia tai asua kaukana. Masennukseen liittyy tyypillisesti häpeän ja syyllisyyden tunteita. Nämäkin ovat mahdollisia syitä siihen, etteivät potilaat halua omaisten osallistuvan hoidon suunnitteluun. (Kuhanen ym. 2013, 208.) Jokainen kyselyyn vastannut potilas, jonka omaiset osallistuivat kotiutumisen suunnitteluun hoitokokouksissa, koki tämän hyödylliseksi lopullisen kotiutumisen kannalta. Laakkosen (2013) tutkimuksessa todetaan potilaiden saaneen vaikuttaa kotiutumisprosessin suunnitteluun ja toteutukseen melko hyvin. Vaikutusmahdollisuuksiin vaikutti esimerkiksi hoitojakson pituus ja sairaalahoidon syy. Laakkosen (2013) tutkimukseen osallistuneet potilaat totesivat keskustelleensa hoitajien kanssa liian vähän kotiutumiseen liittyvistä seikoista. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat saaneet keskustella lääkärin kanssa perusteellisemmin kotiutumisesta kuin hoitajien kanssa. Latvamäen (2006) tutkimuksessa hoitajat ovat nimenneet sosiaalisen tuen, henkilön tukemisen ja kii-

reettömän keskustelun hoitojakson aikaisiksi tärkeiksi seikoiksi, jotka tukevat ikäihmisen kotona selviytymistä sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Kyselyyn vastanneet potilaat mainitsivat vertaistuen tärkeäksi hoitomuodoksi hoitojakson aikana. Samansuuntaisia tuloksia saatiin Laitilan (2010, 139-140) tutkimuksessa, jossa mielenterveys- ja päihdekuntoutujat mainitsivat vertaistuen tärkeäksi seikaksi, joka myös tukee potilaan kokemusta osallisuudesta omaan hoitoonsa. Laitilan (2010, 139-140) tutkimukseen osallistuneet kokivat myös yhteisöhoidon ja ryhmätoiminnot tärkeiksi seikoiksi hoidon kannalta. Mikkosen (2009) mukaan sairastuminen, sairauden aiheuttamat oireet ja muutokset luovat sairastuneelle henkilölle tarpeen tavata muita samassa tilanteessa olevia. Vertaisina voivat toimia myös eri sairautta sairastavat henkilöt. Sairastuneet kokevat vertaistuen erityistukena, lisätukena ja henkisenä tukena. Vertaistuki ulottuu sellaiselle alueelle, jota ei ammatillisesti voida tarpeeksi tukea. Vertaistuellla on todettu olevan monia terveyttä ja hyvinvointia lisääviä vaikutuksia. Sen on todettu vähentävän ahdistusta ja eristäytyneisyyden tunnetta sekä antavan luottamusta, toivoa, turvaa ja tunnetta normaaliudesta. Lisäksi vertaistuki voi lisätä potilaan tietoa ja ymmärrystä esimerkiksi omaa sairautta ja elämäntilannetta kohtaan. (Kettunen & Peränen 2012, 5.) Tämän vuoksi olisi tärkeää käyttää vertaistukea osana potilaan hoitoa.

Suurin osa tähän kyselyyn osallistuneista iäkkäistä masennuspotilaista tiesi miten toimia, mikäli kotona selviytyminen tuntuu vaikealta. Syitä tähän voivat olla esimerkiksi kotona selviytymistä tukevat järjestelyt, kuten kotihoidon käynnit, psyko geriatrian poliklinikan kotikäynnit tai intervallihoitojaksot osastolle. Näitä kotona selviytymistä tukevia järjestelyitä kyselyyn osallistuneille potilaille järjestettiin hoitojakson aikana. Osa vastaajista kuitenkin ilmaisi epävarmuuttaan ja huolestuneisuuttaan kotona selviytymistä kohtaan. Laakkosen (2013) tutkimukseen vastanneet potilaat olivat saaneet puutteellisesti ohjeistusta ja informaatiota liittyen siihen, miten tulee toimia, mikäli sairaalasta kotiutumisen jälkeen arjessa ilmenee ongelmia.

Puolet tähän kyselyyn osallistuneista potilaista sai riittävästi tietoa sairaudestaan, esimerkiksi sairauden oireista, hoidosta ja sairastumisesta, hoitajaksonsa aikana. Loput vastaajista olivat saaneet kohtalaisesti tai puutteellisesti tietoa liittyen heidän sairauteensa. Osa ei osannut vastata lainkaan kysymykseen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785) velvoittaa antamaan potilaalle selvityksen hänen terveydentilaansa ja hoitoonsa liittyvistä seikoista. Näitä ovat esimerkiksi hoidon merkitys sekä eri hoitovaihtoehdot ja niiden vaikutukset. Terveydenhuollon ammattilaisen, esimerkiksi sairaanhoitajan, tulee antaa selvitys siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. Åstedt-Kurki ja Kaunonen (2010, 257) painottavat artikkelissaan potilaan neuvonnan olevan yksi hoitotyön keskeisimmistä osa-alueista. Tiedonsaanti on suuressa roolissa potilaiden paranemisen ja arkielämässä selviytymisen kannalta. Potilaalle tulee antaa hänen tilanteen kannalta oleellinen tieto ymmärrettävässä muodossa oikeaan aikaan. Åstedt-Kurki ja Kaunonen (2010, 257) painottavat, etteivät hoitotyöntekijät voi olettaa potilaan tietävän sairaudestaan kaikkea, vaikka hän olisikin sairastanut pitkään kyseistä sairautta. Malmbergin (2010) tutkimukseen osallistuneet potilaat kokevat kotiutumisen hetkellä tärkeäksi seikaksi hoitohenkilökunnan tietotason, joka näkyy esimerkiksi potilaan perusteellisena informointina. Potilaan kaipaavat selkeitä jatkohoito-ohjeita.

Osa vastaajista olisi toivonut masennuksen lisäksi tietoa somaattisista ongelmistaan, kuten ummetuksesta. Yksi sosiaali- ja terveysministeriön (2012, 47) laatimista tulevaisuudensuunnitelmista on siirtää kaikki psykiatriset sairaalaosaston yleissairaaloiden yhteyteen. Näin pyritään ottamaan potilaiden somaattiset sairaudet ja ongelmat paremmin huomioon tutkimuksissa ja hoidossa.

Lääkitykseen liittyvistä seikoista, kuten lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista, lääkkeen unohtamisesta sekä lääkkeenottoajankohdista kyselyyn vastanneet potilaat saivat hieman vähemmän tietoa kuin sairaudestaan. Avoimessa kohdassa kyselyyn vastanneet saivat kommentoida lääkitystään ja siihen liittyvää informaatiota. Vastaajat toivat esiin tyytyväisyyttään lääkitykseen liittyvää ohjausta kohtaan sekä toivoivat saavansa tietoa lääkityksen tarkoituksesta. Laakkosen (2013) tutkimuksessa sairaalasta kotiutuneet iäkkäät potilaat tiesivät oman lääkityksensä

hyvin, lukuun ottamatta lääkkeiden aiheuttamia sivuvaikutuksia. Hannukaisen (2008) tutkimukseen osallistuneet iäkkäät potilaat osasivat nimetä sairautensa nimeltä sekä osan käyttämistään lääkkeistään. Kyseisessä tutkimuksessa todetaan kotisairaanhoidon piiriin kuuluvien iäkkäiden henkilöiden tietävän käyttämästään lääkityksestään vähemmän kuin itsenäisesti lääkehoitonsa hoitavat henkilöt. Hannukaisen (2008) tutkimukseen osallistuneet ikäihmiset kokivat saaneensa puutteellisesti tietoa, ohjausta ja neuvontaa hoitohenkilökunnalta koskien lääkehoitoa. Lääkepakkausten pakkausselosteista koettiin saavan paremmin tietoa kuin terveydenhuollon ammattilaisilta. Yleisimmäksi syyksi puutteelliseen neuvontaan Hannukaisen (2008) tutkimuksessa mainitaan lääkkeiden pitkään jatkunut käyttö, jolloin aikoinaan hoitohenkilökunnalta saatu ohjaus oli unohtunut. Tämä lienee mahdollinen syy, jonka vuoksi suurin osa tähän kyselyyn osallistuneista potilaista sai vain kohtalaisesti tietoa lääkityksestään. Toisenlaisia tutkimustuloksia saatiin Laakkosen (2013) tutkimuksessa, johon osallistuneet potilaat olivat tyytyväisiä sairaalassa saamaansa ohjaukseen.

Perusteellinen ohjaus, esimerkiksi lääkehoitoon liittyen, on erittäin tärkeää, sillä puutteellinen hoitoon sitoutuminen on tyypillistä masennuspotilaille. Heikko hoitoon sitoutuminen altistaa potilaita sairauden ja sairaalajaksojen uusiutumiselle, sairauden kroonistumiseen sekä kasvattaa itsemurhariskiä. Potilaita voidaan tukea hoitoon sitoutumisessa antamalla riittävästi tietoa ja ohjausta liittyen sairauteen ja lääkehoitoon. Masennuspotilailla on tyypillisesti lääkehoitoa koskevia ennakkoluuloja, joihin hoitohenkilökunta voi kuitenkin perusteellisella ohjauksella vaikuttaa. Erityisen tärkeää on keskustella potilaiden kanssa lääkityksen haittavaikutuksista ja niihin kohdistuvista peloista, sillä näiden seikkojen on todettu heikentävän mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoitoon sitoutumista. (Oksanen 2015.)

9.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen teon eettisten ohjeiden mukaan opinnäytetyön tekijän tulee noudattaa huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä työnsä jokaisessa vaiheessa (Hirsjärvi

ym. 2007, 23-24). Tämän opinnäytetyön tekijä pyrki toimimaan näiden ohjeiden mukaisesti läpi koko tutkimusprosessin.

Itsemääräämisoikeus on yksi osa ihmisarvon kunnioittamista. Tämän tulisi olla tutkimuksen teon lähtökohtana. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Työn tekijän puolelta itsemääräämisoikeus toteutui täysin. Kyselyn saatekirjeessä potilaille korotettiin vapaaehtoista osallistumista tutkimukseen. Kyselyyn osallistumatta jättämisestä ei koitunut potilaalle haittaa eikä kyselyyn osallistumisesta palkittu mitenkään. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamista vaadittiin myös kyselyn kohdeorganisaation hoitohenkilökunnalta, jotka valikoivat potilaat, jotka olivat kyselyn kohderyhmää ja pystyisivät mahdollisesti osallistua kyselyyn. Myös heidän tuli muistaa, ettei kyselyyn osallistumattomuudesta saanut koitua potilaalle haittaa eikä osallistumista tullut palkita millään tavalla. Työn tekijä olettaa, että kohdeorganisaation hoitohenkilökunta tiedusteli kohderyhmään kuuluvilta potilailta heidän halukkuuttaan osallistua kyselyyn neutraalisti, ilman johdattelua tai painostusta.

Toinen tärkeä eettinen ohje tutkimuksen teolle on tutkittavien yksityisyyden suojeleminen mahdollisimman hyvin (Kankkunen ym. 2013, 217-218). Työn tekijän mielestä tämä toteutui tämän tutkimuksen kohdalla hyvin. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden anonymiteetti säilyi täysin, sillä kyselylomakkeet palautettiin työn tekijälle nimettömänä ja ilman mitään henkilötietoja. Kyselylomakkeen saatekirjeessä potilaille korostettiin, ettei heidän henkilöllisyys tule paljastumaan tutkimuksen missään vaiheessa. Lisäksi tutkittavia informoitiin saatekirjeessä tutkimuslomakkeiden hävittämisestä. Tutkittavien yksityisyyttä suojattiin myös siten, ettei tutkimusaineisto ollut kenenkään muun kuin työn tekijän nähtävillä. Tutkimusraportissa ei käytetty sellaisia suoria lainauksia, joista tutkimukseen osallistuneita yksittäisiä potilaita voitaisiin tunnistaa esimerkiksi murteen perusteella. Pienen otoksen vuoksi tutkimusraportissa tutkimustuloksia ei vertailtu sukupuolten kesken, jotta tutkittavien anonymiteetti säilyisi mahdollisimman hyvin.

Hirsjärvi kollegoineen (2007, 226) painottaa tutkimuksen luotettavuuden arvioimista, sillä vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida

esimerkiksi validiuksen ja reliaabeliuksen kannalta. Validiuksella tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata tarkoitettuja seikkoja. Reliaabelius tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tässä tutkimuksessa käytetty kyselylomake laadittiin juuri tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeen avulla saatiin juuri niitä tietoja, joita tässä tutkimuksessa haluttiin. Kaikki kyselylomakkeen avulla saatu tieto oli hyödyllistä juuri tämän tutkimuksen kannalta. Tutkimuksen kohdeorganisaatiolta saadun palautteen mukaan kyselylomake oli juuri sopiva heidän potilasaineistolleen sekä tarkoituksenmukainen kyselyn tarkoitusta ja tavoitteita varten. Kyselylomaketta oli muokattu pilotoinnista saadun palautteen mukaan, jotta se vastaisi paremmin tutkimuksen kohderyhmän tarpeita ja näin ollen tuottaisi entistä paremmin tutkimuksen kannalta hyödyllistä tietoa. Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin vastattiin melko lyhyesti, vaikka nämä vastaukset olivat erittäin tärkeitä tutkimuksen kannalta. Avoimista kysymyksistä saatu aineisto oli tarkkaa ja yksityiskohtaista, tämän kaltaista tarkkaa tutkimustietoa olisi tässä tutkimuksessa haluttu enemmän. Tarkempaa tutkimusaineistoa olisi saatu haastattelemalla potilaita, tällöin haastattelua varten olisi tarvittu eettiseltä toimikunnalta anottu lausunto (Kankkunen ym. 2013, 223).

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvata uskottavuuden ja siirrettävyyden perusteella. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Lisäksi lukijan tulisi ymmärtää, miten aineiston analyysi on tehty. Tässä tutkimuksessa aineisto pelkistettiin aluksi, jonka jälkeen vastauksista luotiin ala- ja yläkategorioita. Tutkimustuloksista on laadittu useita taulukoita, jotka parantavat tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioimisen kannalta on tärkeää käyttää alkuperäisilmauksia tutkimusraportissa. Tässä tutkimuksessa alkuperäisilmauksia pyrittiin käyttämään mahdollisimman paljon, jotta tutkimus olisi mahdollisimman luotettava. Siirrettävyys viittaa siihen, missä määrin tutkimustuloksia voidaan siirtää johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Tämän varmistamiseksi tutkimusympäristö, osallistujien valinta ja taustojen selvittäminen sekä aineiston keruu ja aineiston analyysi tulee kuvata mahdollisimman yksityiskohtaisesti. (Kankkunen ym. 2013, 198.) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen toteu-

tus on kuvailtu yksityiskohtaisesti luvussa 6. Tutkimuksen toteutus. Aineistoa tätä tutkimusta varten on haettu Medic-, PubMed- ja Cinahl-tietokannoista sekä manuaalisella tiedonhaulla. Lisäksi tietoa on kerätty alan kirjallisuudesta, artikkeleista ja tutkimuksista. Aineistosta löytyy viittauksia myös erilaisiin lakeihin sekä Käypä hoito –suosituksiin. Kerätty aineisto on ajankohtaista ja tutkittua tietoa, jonka vuoksi sitä voidaan pitää luotettavana. Työn tekijä on pyrkinyt arvioimaan kirjallisuuden ja muun materiaalin luotettavuutta hakemalla tietoa aineistojen kirjoittajista, esimerkiksi heidän edustamastaan ammattikunnasta ja työurasta. Hakusanoja, joita työn tekijä tiedonhaussa käytti, ovat esimerkiksi vanhukset, ikääntyneet, masennus, kotiutuminen, kotiutus, erikoissairaanhoido, sairaalahoito, psykiatrinen sairaala, avohoito, kokemuksia.

Esitestaaminen eli pilotointi on olennainen tekijä tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa (Kankkunen ym. 2013, 205). Hirsjärven ym. (2007, 199) mukaan kyselylomakkeen tulee näyttää helposti täytettävältä, avoimiin kysymyksiin tulee olla tarpeeksi vastaustilaa sekä kyselylomakkeen täytyy näyttää moitteettomalta ulkonäöltään. Näihin seikkoihin pyrittiin tämän opinnäytetyön kyselylomaketta laadittaessa.

Tutkimustulosten luotettavuuden varmistamiseksi ihanteellisin aineiston keruu tapahtuisi siten, että osallistujat täyttäisivät kyselylomakkeet itse ja palauttaisivat suljettuun kuoreen, jonka vasta opinnäytetyön tekijä avaa. Koska tutkimuksen kohderyhmänä olivat iäkkäät potilaat, tarvitsi osa heistä hoitohenkilökunnan apua esimerkiksi lomakkeen täyttämiseen tai kysymysten lukemiseen. Tässä tutkimuksessa yli puolet (66,7 %; n=4) osallistujista tarvitsivat hoitajan apua kyselyyn vastaamiseen. Avustavat hoitajat olivat pääasiassa potilaiden omahoitajia. Hoitajan läsnäolo saattoi vaikuttaa haastateltavien vastauksiin, jolloin tutkimuksen tulokset voivat poiketa todellisesta tilanteesta. Kyselyyn vastanneet potilaat eivät välttämättä ole uskaltaneet ilmaista todellisia mielipiteitään hoitajan läsnä ollessa. Tällöin potilaat ovat voineet antaa todellisuutta paremmat vastaukset tutkimukseen. Hoitajan läsnäolo saattaa vaikuttaa potilaaseen esimerkiksi siten, että potilas kokee olevansa vaivaksi hoitajalle ja vievän tämän aikaa. Tällaisessa tilanteessa potilas voi pyrkiä vastaamaan kyselyyn mahdollisimman nopeasti, jolloin potilaan

antamat vastaukset voivat poiketa todellisesta tilanteesta. Avustavan hoitajan oli varattava potilaalle ja kyselyyn osallistumiselle riittävästi aikaa, jotta potilaalle ei tulisi edellä mainittuja tuntemuksia. Avustavien hoitajien oletettiin toimineen puolueettomasti. Lisäksi työn tekijä olettaa, että avustavat hoitajat esittivät kysymykset osallistujille ilman johdattelua, jotta tutkimustulokset vastaisivat todellisuutta mahdollisimman luotettavasti. Mikäli potilas on ilmaissut, ettei tiedä miten kysymykseen kuuluisi vastata, ei hoitajan kuulu johdatella potilasta vastaamaan kysymykseen tietyllä tavalla. Avustavien hoitajien oletetaan esittäneen tutkimuksen kysymykset potilaille selkeällä ja ymmärrettävällä tavalla, jotta potilaat osasivat vastata juuri siihen asiaan, mitä kysymys käsitteli. Työn tekijä olettaa, että tutkimukseen valittiin tasapuolisesti kaikki tutkimuksen kohderyhmään sopivat henkilöt ilman valitsemista esimerkiksi sen perusteella, kuka mahdollisesti antaisi mahdollisimman hyvät vastaukset kyselyyn.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Tätä tutkimusta tehdessä sekä tästä esiin tulleiden seikkojen perusteella jatkotutkimusaiheita voitaisiin tehdä seuraavista aiheista:

Hoitajan näkökulma masennusta sairastava iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Tutkimuksessa voitaisiin käsitellä, millaista tietoa kotiutuvat potilaat hoitajien mielestä tarvitsevat sekä millaista tietoa he kotiutuville potilaille antavat. Tutkimuksessa voitaisiin tuoda myös esille, mitä tyypillisesti iäkkään masennuspotilaan hoitojakso sisältää. Lisäksi voitaisiin selvittää, mitkä seikat hoitajat kokevat haasteiksi iäkkään potilaan kotiuttamisessa. Tutkimustuloksia voitaisiin verrata tämän tutkimuksen tuloksiin.

Eri-ikäisten ihmisten kotiutuminen psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Ikäryhminä voisivat olla esimerkiksi lapset, nuoret tai työikäiset. Tutkimuksessa voitaisiin tutkia, millaista tietoa ja ohjausta kyseiset potilaat tarvitsevat kotiutuessaan psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Tutkimuksen tuloksia voitaisiin vertailla tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Tutkimus voitaisiin toteuttaa joko potilaan tai hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Hoitajien näkökulmaa käsiteltäessä voitaisiin tutkia, millaista tietoa kyseinen ikäryhmä tarvitsee liittyen

sairauteensa ja kotiutumiseen sekä minkäläistä tietoa hoitajat kotiutujille antavat. Lisäksi voitaisiin selvittää, mitkä seikat hoitajat kokevat haastaviksi kyseisen ikäryhmän potilaiden kotiuttamisen kannalta.

Tutkimus voitaisiin toteuttaa myös siten, että masennuksen tilalle valitaan jokin toinen iäkkäiden yleinen psyykkinen sairaus, kuten skitsofrenia. Tutkimus voitaisiin toteuttaa myös somatiikan puolella. Iäkkäiden kotiuttamista erikoissairaanhoidosta avohoitoon ja siihen liittyviä seikkoja voitaisiin tutkia esimerkiksi lonkkaleikkauksen, polvileikkauksen tai vaikkapa ohitusleikkauksen jälkeen. Tutkimukseen voitaisiin valita joko potilaan tai hoitohenkilökunnan näkökulma. Potilasnäkökulmasta voitaisiin tutkia, minkäläistä tietoa ja ohjausta he tarvitsevat kyseessä olevan toimenpiteen jälkeen kotiutuessaan. Hoitohenkilökunnan kokemuksia tutkittaessa voitaisiin tutkia, millaisena he kokevat iäkkään potilaan kotiuttamisen kyseisen operaation jälkeen sekä millaista ohjausta he potilaille antavat. Lisäksi voitaisiin tutkia, mitkä seikat hoitohenkilökunta kokee haasteiksi kyseistä potilasryhmää kotiuttaessa.

LÄHTEET

Ahlqvist, A. 2013. Kotona asuvien ikääntyneiden itsenäinen selviytyminen – mitä 75-vuotiaiden ennaltaehkäisevät terveystarkastukset paljastavat. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Viitattu 10.10.2014.
http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstrakti_t_2013/ahlqvist.pdf

E-mielenterveys. 2014. Vanhuusiän masennus. Viitattu 5.11.2014. <http://www.e-mielenterveys.fi/ikaantyneet/vanhuusian-masennus/>

Ferrari, A., Charlson, F., Norman, R., Patten, S., Freedman, G., Murray, C., Vos, T. & Whiteford, H. 2013. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Viitattu 12.07.2015.
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001547#s4>

Forsén, L. 2013. Ikäihmiset ja omaiset otettiin mukaan ikääntyneiden hoidon suunnitteluun. Vaasan keskussairaalan verkkosivut. Viitattu 2.10.2015.
http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1_listaus.aspx?id=1251899

Fredriksson, S. & Pelanteri, S. 2014. Psykiatrin erikoissairaanhoito 2012. Terveiden ja hyvin-voinnin laitoksen tilastoraportti. Viitattu 25.09.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=4

Gershon, A., Dannon, P. & Grunhaus, L. 2003. Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Depression. The American Journal of Psychiatry. Viitattu 12.03.2015. <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.160.5.835>

Hannukainen, S. 2008. Lääkehoito kotona asuvan ikääntyneen kokemana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Viitattu 10.10.2014.
http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstrakti_t_2008/hannukainen.pdf

Heikkinen, R-L. & Kauppinen, M. 2008. Iäkkäiden henkilöiden mielialan muutokset 16 vuoden pitkittäistutkimuksessa. Gerontologia. 22, 2, 71-81.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Hoitonetti. 2014. Hypokondrinen häiriö. Viitattu 5.11.2014.
http://www.hoitonetti.fi/sairaudet/hypokondrinen_h%C3%A4iri%C3%B6/

Huttunen, J. 2008. Ikäihmisten määrä Suomessa. Lääkäriseura Duodecimin verkkosivut. Viitattu 10.09.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00281

- Huttunen, M. 2008. Masennuslääkkeet. Lääkäriseura Duodecimin verkkosivut. Viitattu 11.11.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00104
- Huttunen, M. 2014. Pitkäaikainen masentuneisuus (dystymia). Lääkäriseura Duodecimin verkkosivut. Viitattu 26.02.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00409
- Huuhka, K. & Leinonen, E. 2011. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Lääketieteellisen aikakauskirja Duodecimin verkkosivut. Viitattu 5.11.2014.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Article_report-let&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99375
- Impilä, K. 2010. Somaattisesti sairastava ikääntynyt masennuksensa tunnistajana, kokijana sekä avun tarvitsijana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Viitattu 10.10.2014.
http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2010/impila.pdf
- Isometsä, E. & Koponen, H. 2014. Aivojen sähköhoito ja vaikea psykoottinen depressio. Näytönastekatsaus Käypä hoito –verkkosivuilla. Viitattu 11.03.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus;jsessionid=31840B425AA367E354416242E2BC8DCD?id=nak04354>
- Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Psykiatria, 630-640. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Järf-Wartiovaara, C. 2015. Yleisesittely. Vaasan keskussairaalan verkkosivut. Viitattu 26.10.2015.
http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Yleista
- Karvonen, K., Hakko, H., Koponen, H., Meyer-Rochow, B. & Räsänen, P. 2009. Suicides Among Older Persons in Finland and Time Since Hospitalization Discharge. Viitattu 10.07.2015.
<http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2009.60.3.390>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. 2014. Ikääntymisen määrittely. Viitattu 5.11.2014. <http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>
- Kettunen, T. & Peränen, N. 2012. Miten potilaiden vastuuta oman terveyden hoitamisesta voidaan erilaisin tukitoimin lisätä? Toimenpide-ehdotuksia Keski-Suomen alueelle. Viitattu 7.10.2015.

<https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAOApqFQoTCKXY-rCTrsgCFUr-WLAodXM8JAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ksshp.fi%2Fdownload%2Fnoname%2F%257BE0DFC95F-3653-4AA9-9A6A-263F2F51DE43%257D%2F43056&usg=AFQjCNEHPnzeJ0Eczro9ka3jnsgNc800uw&bvm=bv.104317490,d.bGg>

Kivelä, S. 2009. Depressiosta tasapainoon: hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki. Kirjapaja.

Klug, G., Hermann, G., Fuchs-Nieder, B., Panzer, M., Haider-Stipacek, A., Zapotoczky, H. & Priebe, S. 2010. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. Viitattu 3.11.2015. <http://bjp.rcpsych.org/content/197/6/463>

Kolehmainen, T. 1999. Milloin vanha on vanhus? Kotimaisten kielten keskuksen verkkosivut. Viitattu 11.09.2014. <http://www.kotus.fi/index.phtml?s=1190>

Koponen, H. & Leinonen, E. 2011. Vanhuspsykiatria. Teoksessa *Psykiatria*, 595-610. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä – Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? Lääketieteellisen aikakauskirja Duodecimin verkkosivut. Viitattu 17.03.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Article_report-let&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98399

Koskinen, S., Sainio, P., Tiikkainen, P. & Vaaranmaa, M. 2012. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*, 137-140. Toim. Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. Tampere. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Viitattu 17.02.2015. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.

Käypä hoito 2014. Depressio. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 12.11.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023>

L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoitolaki. Säädös säädöstietopankko Finlexin verkkosivuilla. Viitattu 12.03.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin verkkosivuilla. Viitattu 13.11.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin verkkosivuilla. Viitattu 5.10.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5>

Laakkonen, S. 2013. Iäkkään potilaan sairaalasta kotiutuminen. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 24.06.2015.

<https://tampub.uta.fi/handle/10024/84590>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä – Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Latvamäki, E. 2006. Ikääntyneiden yksin asuvien henkilöiden selviytyminen kotona sairaalasta pääsyn jälkeen. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Viitattu 10.10.2014.

http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2007/latvamaki.pdf

Leinonen, E. & Koponen, H. 2010. Vanhusten mielialahäiriöt. Teoksessa Geriatria, 159-166. Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Leppämäki, S. 2012. Neurostimulaatiohoidot – tulevaisuuden psykiatriaa. Lääkäri-lehti. Verkko-lehti. Viitattu 12.03.2015.

http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto36_3.pdf

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Psykiatria, 12-31. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Entrografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 99. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Viitattu 16.02.2015.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104408/URN_ISBN_978-952-245-839-1.pdf?sequence=1

Malmberg, K. 2010. Kotiutusprosessin kehittäminen – Asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin. Opinnäytetyö (YAMK). Terveysala. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.10.2014.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/13719/Malmberg_Katri.pdf?sequence=1

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Kuopion yliopisto.

Moring, J. 2014. Psykiatriseen sairaalaan lähettäminen. Therapia Fennican verkkosivut. Viitattu 25.09.2014.
http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatriseen_sairaalaan_l%C3%A4hett%C3%A4minen#Mielisairaus

Nieminen, M. 2004. Suuret ikäluokat - mitä ne ovat? Tilastokeskuksen verkkosivut. Viitattu 10.09.2014.
http://stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_06_03_nieminen.html

Niskanen, L. 2014. Masennustila ja sydänsairaudet. Lääkäriseura Duodecimin verkkosivut. Viitattu 11.09.2014. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00416

Oksanen, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Lääkäriseura Duodecimin verkkosivut. Viitattu 12.10.2015.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/xmedia/duo/duo12385.pdf>

Perttula, M. 2013. Muistellen hyvä vanhuus. Tehy. 15, 34-37.

Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2011. Iäkkäiden ihmisten masennus perusterveydenhuollossa – Tutkimuksen, hallinnon ja ammattilaisten näkökulmat. Gerontologia. 25, 3, 165-176.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki. Tammi.

Raitanen, M. 2013. Vanhus-käsite laajenee. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus oy:n verkkosivut. Viitattu 11.09.2014. <http://www.socom.fi/node/367>

Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa Mielen terveys vanhuudessa. 18-56. Toim. Heimonen, S. & Pajunen, H. Helsinki. Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 – Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 16.03.2015
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24926.pdf

Suomen Mielenterveysseura. 2015. Itsemurhien ehkäisy – Globaali velvollisuus. WHO:n raportti. Viitattu 10.07.2015.
http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/who_itsemurhi_en_ekaisy_globaali_velvollisuus.pdf

Tamminen, T. 2010. Psykoterapiat. Klaukkala. Recallmed Oy.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014 a. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. Tilastot. Viitattu 13.11.2014.

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoonpaasy-erikoissairaanhoidossa>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014 b. Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy. Erikoisalakajakauma. Viitattu 13.11.2014. [https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2Fcontent%2Ffolder\[%40name%3D%27amor_prod%27\]%2Ffolder\[%40name%3D%27eshjono%27\]%2Freport\[%40name%3D%27amor_eshjono_perus_esh_erikoisala02_fi_prod%27\]](https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2Fcontent%2Ffolder[%40name%3D%27amor_prod%27]%2Ffolder[%40name%3D%27eshjono%27]%2Freport[%40name%3D%27amor_eshjono_perus_esh_erikoisala02_fi_prod%27])

Tilastokeskus. 2013. Liitetaulukko 1a. Kuolleet peruskuolemansyyn ja iän mukaan 2012, molemmat sukupuolet. Viitattu 10.10.2014.

http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_tau_001_fi.html

Tilvis, R. 2010. Vanhenemisen tunnusmerkeistä. Teoksessa Geriatria, 20-28.

Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Urrila, A. & Partonen, T. 2014. Mielialahäiriöiden aikabiologiset hoidot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 130, 14, 1421-1426.

Valvanne, J. 2012. Ikääntymisen fysiologia. Viitattu 17.11.2014.

http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&sqi=2&ved=0CDIQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.sadeturvapaivat.fi%2Ffile.php%3F605&ei=F_NpVKT0A8aIsQS1_YKAAw&usg=AFQjCNHTTC4I8ZsFOHXdzQVx1G3WGI86WA&sig2=BwtR2_HVlq7ZDyTd-_0vZw&bvm=bv.79142246,d.cWc&cad=rja

Viitanen, M. 2010. Aivojen vanheneminen. Teoksessa Geriatria, 28-34. Toim.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Virtanen, H. 2014. Masennus. Therapia Fennican verkkosivut. Viitattu 10.10.2014.

http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_erityisongelmat#Masennus

Ylihaavisto, S. 2014. Psykogeriatrian osasto 4. Vaasan keskussairaalan verkkosivut. Viitattu 13.07.2015.

http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat__asiakkaat__omaiset/Osastot_ja_toimenpideyksikot/Psykiatrian_osastot/Psykogeriatrian_osasto_4

Åstedt-Kurki, P. & Kaunonen, M. 2010. Lisääkö tieto tuskaa – potilaiden ja läheisten tiedon tarve ja tiedon saanti osana hoitoa. Hoitotiede. 22, 4, 257-258

.

Tietoja tutkimukseen osallistuvalle

Arvoisa kotiutuja,

olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Tarkoitukseni on valmistua joulukuussa vuonna 2015. Tämä kysely on osa opinnäytetyötäni, joka käsittelee masennusta potevien iäkkäiden potilaiden kokemuksia kotiutumisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja ymmärrystä iäkkäiden potilaiden tarpeita kohtaan. Näin ollen vanhustenhoidon ja hoitotyön laatu paranee. Tämä tukee ikäihmistien kotona selviytymistä, joten he voivat elää kotona entistä pidempään ja näin ollen pysyvän laitoshoidon tarve viivästyy.

Tutkimuksen toteutus

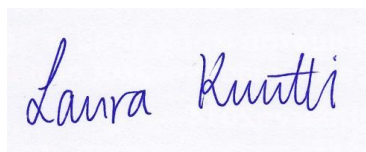
Kyselyyn valitaan 5-10 iäkästä potilasta, jotka sairastavat masennusta ja ovat kotiutumassa Vaasan keskussairaalan psykiatriselta osastolta avohoidon piiriin. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt eivät ole tunnistettavissa opinnäytetyön tutkimusraportista. Tiedonkeruu tapahtuu syksyllä ja talvella 2014 ja opinnäytetyön on tarkoitus valmistua keväällä 2015. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Vaasan keskussairaalan kanssa.

Tutkimustietojen säilytys ja salassapito

Tutkimustietoja käytetään ainoastaan opinnäytetyötä varten. Tulosten analysoinnin ja kokoamisen jälkeen kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Haluan korostaa, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä henkilöllisyytenne tule paljastumaan tutkimuksen missään vaiheessa.

Kiitos yhteistyöstä!



Laura Kuutti

sairaanhoitajaopiskelija

Vaasan ammattikorkeakoulu

Information till undersökningsdeltagaren,**Ärade patient,**

jag är sjukskötarestudent från Vasa yrkeshögskola. Jag ska avlägga examen i december 2015. Den här undersökningen är en del av mitt lärdomsprov som handlar om de erfarenheter, som äldre patienter med depression har efter de har skrivits ut från den psykiatriska specialsjukvården till öppenvården.

Genomförandet av undersökningen

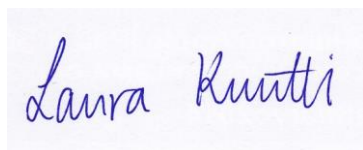
Man väljer 5-10 äldre patienter med depression till undersökningen. Dessa patienter är sådana som ska just skrivas ut från den psykiatriska avdelningen i Vasa centralsjukhuset till öppenvården. Det går inte att identifiera enskilda undersökningsdeltagare i slutrapporten. Undersökningsmaterialet samlas in under hösten och vintern 2014 och lärdomsprovet blir färdigt på våren 2015. Lärdomsprovet görs i samarbete med Vasa centralsjukhuset.

Hantering och förvaring av undersökningsmaterialet och sekretess

Materialet används bara för lärdomsprovet. Efter analyseringen av materialet kommer materialet att förstöras på vederbörligt sätt.

Det är frivilligt att delta i studien. Er identitet kommer inte att avslöjas.

Tack för samarbetet!



Laura Kuutti

sjukskötarestudent

Vasa yrkeshögskola

OPINNÄYTETYÖN KYSELYLOMAKE,

Masennusta sairastavien iäkkäiden potilaiden kokemuksia kotiutumisesta psykiatrisesta sairaalahoidosta avohoitoon

OHJEITA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

- Kyselyssä on 13 kysymystä ja vastaamiseen menee aikaa noin 10-20 minuuttia.
- Vastaaminen tapahtuu rastittamalla sopivan vaihtoehdon edessä oleva ruutu.
- Kussakin kysymyksessä tulee vastata vain yhteen vaihtoehtoon.
- Käyttäkää mieluiten kuulakärkikynää vastaamiseen.
- Tarvittaessa voitte tarkentaa vastaustanne kirjoittamalla tarkennuksia vastauksen viereen.
- Vastaamisen jälkeen voitte laittaa kyselylomakkeen kirjekuoreen, sulkea sen ja ojentaa hoitohenkilökunnalle.

Kiitos etukäteen yhteistyöstä, jokainen vastaus on tärkeä!

1. Minkä ikäinen olette? _____ vuotta

2. Kumpaa sukupuolta olette?

☐ Mies

☐ Nainen

3. Kuinka kauan olette olleet sairaalassa tällä hoitojaksolla?

☐ Alle viikon

☐ 1-2 viikkoa

☐ 2-4 viikkoa

☐ 4-6 viikkoa

☐ 6-8 viikkoa

☐ Yli 8 viikkoa

4. Hoitojakson pituus on mielestäni ollut

- ☐ Riittävä
- ☐ Liian pitkä
- ☐ Liian lyhyt
- ☐ En osaa vastata

5. Oletteko aikaisemmin olleet psykiatrisessa sairaalahoidossa?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

6. Onko Teille järjestetty kotilomaa hoitojakson aikana?

- ☐ Kyllä, yksi
- ☐ Kyllä, useampia
- ☐ Ei

Mikäli vastasitte kyllä, koitteko kotiloman tarpeelliseksi lopullisen kotiutumisen kannalta?

7. Onko hoitojaksonne aikana järjestetty hoitokokouksia tai kotiutumispalavereita, joihin on Teidän lisäksenne osallistunut omaisianne?

- ☐ Kyllä, yksi hoitokokous/kotiutumispalaveri
- ☐ Kyllä, useampia hoitokokouksia/kotiutumispalavereita
- ☐ Kyllä, mutta ilman omaisia
- ☐ Ei

Mikäli vastasitte kyllä, koitteko hoitokokoukset tai kotiutumispalaverit hyödyllisiksi lopullisen kotiutumisen kannalta?

Mikäli vastasitte ei, olisitteko toivoneet omaistenne osallistuvan kotiutumisen suunnitteluun?

8. Oletteko saaneet tarpeeksi tietoa sairaudestanne (esimerkiksi hoidosta, oireista, sairastumisesta)?

- ☐ Kyllä, olen mielestäni saanut riittävästi tietoa
- ☐ Olen saanut kohtalaisesti tietoa sairaudestani
- ☐ En mielestäni ole saanut riittävästi tietoa sairaudestani

Olisitteko toivoneet jostain lisää tietoa? Jos olisitte, niin mistä?

9. Oletteko saaneet tarpeeksi tietoa sairautenne lääkityksestä (esimerkiksi lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksista, lääkkeenottoajankohdista, lääkkeen unohtamisesta)?

- ☐ Kyllä, olen mielestäni saanut riittävästi tietoa lääkityksestäni
- ☐ Olen saanut kohtalaisesti tietoa lääkityksestäni
- ☐ En mielestäni ole saanut riittävästi tietoa lääkityksestäni

Olisitteko toivoneet jostain lisää tietoa? Jos olisitte, niin mistä?

10. Kuinka kotona selviytymistänne on tuettu? Onko teille järjestetty kotihoitoa, psykogeriatrian poliklinikan kotikäyntejä tai intervallijaksoja osastolle?

- ☐ Kyllä, useampia edellä mainituista
- ☐ Kyllä, kotihoitoa
- ☐ Kyllä, psykogeriatrian poliklinikan kotikäyntejä
- ☐ Kyllä, intervallijaksoja osastolle
- ☐ Ei

11. Tiedätkö, mitä pitää tehdä, mikäli kotona pärjääminen tuntuu vaikealta?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa vastata

12. Tunnetteko olevanne valmiita kotiutumaan?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa vastata

13. Haluatteko vielä lopuksi kertoa jotain liittyen hoitojaksoonne tai kotiutumiseenne?

Kiitos vastauksistanne ja ajastanne!

FRÅGEFORMULÄRET,

De erfarenheter, som äldre patienter med depression har efter de har skrivits ut från den psykiatriska specialsjukvården till öppenvården

ANVISNINGAR TILL UNDERSÖKNINGSDELTAGARE

- Det finns 13 frågor i frågeformuläret och det tar ungefär 10-20 minuter att svara på frågeformuläret.
- Man kan svara genom att kryssa för det alternativ som passar bäst.
- Man kan välja bara ett alternativ i varje fråga.
- Använd gärna en kulspetspenna.
- Vid behov kan man fortsätta svaret med egna ord.
- Efter att man har svarat alla frågor, kan man lägga frågeformuläret i kuvertet, stänga det och lämna det till vårdpersonalen.

Tack på förhand för samarbetet, varje svar är viktigt!

1. Hur gamla är ni? _____ år

2. Könet?

- ☐ Man
☐ Kvinna

3. Hur länge har ni varit på sjukhuset under den här sjukhusperioden?

- ☐ Mindre än en vecka
☐ 1-2 veckor
☐ 2-4 veckor
☐ 4-6 veckor
☐ 6-8 veckor
☐ Mer än 8 veckor

4. Har sjukhusperioden varit tillräckligt lång?

Den har varit...

- ☐ Tillräckligt lång
- ☐ För lång
- ☐ För kort
- ☐ Kan ej svara

5. Har ni tidigare varit i psykiatrisk sjukhusvård?

- ☐ Ja, det har jag
- ☐ Nej, det har jag inte

6. Har ni haft hemlov under sjukhusperioden?

- ☐ Ja, en gång
- ☐ Ja, flera gånger
- ☐ Nej, det har jag inte haft

Om ni svarade ja, tycker ni att hemlovet var nyttigt med tanke på utskrivningen från sjukhusvården?

7. Har ni haft något vårdmöte under sjukhusperioden där också anhöriga har varit med och där man har diskuterat utskrivningen?

- ☐ Ja, ett vårdmöte
- ☐ Ja, många vårdmöten
- ☐ Ja, men utan mina anhöriga
- ☐ Nej, det har vi inte haft

Om ni svarade ja, tycker ni att vårdmötena var nyttiga?

Om ni svarade inte, skulle ni ha velat ha era anhöriga med i planeringen av er utskrivning?

8. Har ni fått tillräckligt med information om er sjukdom (till exempel om vården, symptom, insjuknandet)?

- ☐ Ja, jag tycker att jag har fått tillräckligt med information
- ☐ Jag har fått ganska mycket information
- ☐ Jag tycker att jag inte har fått tillräckligt med information

Hade ni velat få mera information? Om vad i så fall?

9. Har ni fått tillräckligt med information om medicineringen av er sjukdom (till exempel om samverkan och biverkningar av medicinerna, om när man ska ta sin medicin, om vad händer om man glömmer ta sin medicin)?

- ☐ Ja, jag tycker att jag har fått tillräckligt med information
- ☐ Jag har fått ganska mycket information
- ☐ Jag tycker att jag inte har fått tillräckligt med information

Hade ni velat få mera information? Om vad i så fall?

10. Hur han man stött er och livet hemma? Har till er ordnats hemvård, hembesök från den psykiatriska polikliniken eller intervallperioder på avdelningen?

- ☐ Ja, många av ovannämnda
- ☐ Ja, hemvård
- ☐ Ja, hembesök från den psykiatriska polikliniken
- ☐ Ja, intervallperioder på avdelningen
- ☐ Nej, ingenting av ovannämnda

11. Vet ni vad ni ska göra om det känns svårt att klara sig hemma?

- ☐ Ja
- ☐ Inte

12. Känns det att ni är redo att bli utskriven och åka hem?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

13. Är det något annat som ni vill berätta om er sjukhusperiod eller utskrivningen?

Tack för era svar och er tid!

Analyysitaulukko

Pelkistetyt ilmaukset Alaluokka

Hoitojakson pituus	Kotiutumisen suunnittelu
Aikaisemmat hoitokaudot	
Potilaan tunne kotona selviytymisestä	
Kotiutumispalaverit	
Hoitokokoukset	
Omaisten osallistuminen	

Kotilomat	Kotiutumista ja kotona selviytymistä tukevat toimenpiteet
Kotihoitojärjestäminen	
Intervallijaksot osastolle	
Psykogeriatrisen poliklinikan kotikäynnit	
Kontaktit avohoidon yksiköihin	

Sairaus	Potilaan tiedon- ja tuentarve
Sairastuminen	
Sairauden oireet	
Sairauden hoito	
Somaattiset ongelmat ja sairaudet	
Lääkehoito	
Lääkityksen merkitys	
Lääkkeen unohtaminen	
Lääkkeenottoajankohdat	
Lääkkeen haitta- ja yhteisvaikutukset	

Yläluokka

Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja avohoidon välillä

Pääluokka

Laadukas, moniammatillinen hoito

Potilaan opetus ja ohjaus

Hoitajan ammattitaito

